

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 93.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PERFORATIONS BILIAIRES

DANS LE PÉRITOINE LIBRE

AU COURS DE LA LITHIASÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Avril 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius MARCONNET

Ancien interne

des hôpitaux de Lyon et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Né à Millery (Rhône), le 25 mars 1883.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

—
1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PERFORATIONS BILIAIRES
DANS LE PÉRITOINE LIBRE
AU COURS DE LA LITHIASE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 93.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PERFORATIONS BILIAIRES

DANS LE PÉRITOINE LIBRE

AU COURS DE LA LITHIASÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Avril 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius MARCONNET

Ancien interne

des hôpitaux de Lyon et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Né à Millery (Rhône), le 25 mars 1883.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNEQ.
Anatomie.		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		COURMONT (P.)
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		X...
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	LATARJET,	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président ; VALLAS, Assesseur ;

MM. PATEL et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail en témoignage de ma vive affection et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

Externe des hôpitaux de Lyon

A MA SŒUR

A mon président de thèse

Monsieur le Professeur ROCHET

Chirurgien des hôpitaux

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

EXTERNAT (1904-1907)

- M. le Docteur TIXIER, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur VIGNARD, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur DURAND, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Professeur NICOLAS, professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
- M. le Docteur MOUISSET, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur MOLLARD, médecin des hôpitaux.

INTERNAT (1907-1911)

- M. le Docteur GALLAVARDIN, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur Paul COURMONT, professeur de pathologie générale, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur ROCHET, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur ALBERTIN, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur VALLAS, professeur adjoint, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur VORON, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.
- M. le Docteur MOLLARD, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur COLLET, professeur de pathologie interne, médecin des hôpitaux.
- Monsieur le Docteur CHATIN, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur WEILL, professeur de clinique médicale infantile, médecin des hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Qu'il nous soit permis, avant de commencer ce travail, de remercier ici tous nos anciens maîtres des hôpitaux. Nos remerciements s'adresseront plus spécialement à M. le professeur Rochet, dont nous avons été l'interne, et qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous remercions M. le professeur Vallas de l'enseignement qu'il nous a donné pendant les six mois où nous avons été son interne, et d'avoir bien voulu, ainsi que MM. les professeurs agrégés Patel et Laroyenne, accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Nos remerciements vont enfin aux docteurs Colle et Arnaud, qui nous ont indiqué le sujet de notre thèse et nous ont souvent donné des marques de bienveillante amitié.

CHAPITRE PREMIER

PRÉLIMINAIRES — HISTORIQUE

Au cours de la lithiasé, les cas de perforation spontanée des voies biliaires ne sont pas très fréquents.

La plupart du temps, en effet, la lithiasé évolue lentement, par poussées successives. Les adhérences ont le temps de s'établir entre la vésicule et les organes voisins. Les accidents provoqués par la lithiasé ne sont pas purement mécaniques, comme on le croyait autrefois, et l'arrêt ou la migration des calculs n'est pas le seul facteur en jeu. Il faut faire jouer un rôle important à l'infection. C'est l'infection qui détermine la formation des calculs. Ceux-ci, une fois formés, en irritant les parois de la vésicule et en mettant un obstacle au cours de la bile, sont la cause de nouvelles poussées infectieuses.

Et c'est au cours de ces accidents aigus que le péritoine réagit. Les parois du cholécyste s'épaississent et les adhérences s'établissent entre cet organe et les viscères voisins, transformant la région sous-hépatique en une série de loges cloisonnées plus ou moins volumineuses. Une perforation des voies biliaires ou de la vésicule vient-elle à se produire dans ces conditions, la bile trouvera le chemin barré du côté de la grande cavité péritonéale, et des abcès limités se constitueront, formant de véritables

péritonites enkystées; ou bien la vésicule, ayant contracté avec les organes voisins des rapports plus étroits et plus intimes, les calculs qui s'échappent de la perforation iront émigrer dans les viscères de la région : estomac, pylore, gros intestin, ou à l'extérieur, par l'intermédiaire d'un phlegmon biliaire.

Dans des cas, beaucoup plus rares, il est vrai, il y a peu ou pas de péricholécystite, des adhérences ne protègent pas la vésicule, et la perforation des voies biliaires se fait dans le péritoine libre. C'est là une des plus graves complications de la lithiase, et le plus souvent une intervention opportune et rationnelle pourra seule sauver le malade.

C'est cette complication que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse. Nous n'avons pas la prétention de rapporter tous les cas de perforation des voies biliaires dans le péritoine libre. Nous citerons principalement les observations où on est intervenu chirurgicalement et celles qui semblent les plus caractéristiques. Les péritonites consécutives à la perforation des voies biliaires dans le péritoine libre sont en effet des plus variables. Si la thérapeutique à suivre est une question très discutée, c'est que ces péritonites se présentent dans des conditions très variables et que le traitement qui convient à un cas ne peut s'appliquer à un autre. En effet, quelle différence entre une péritonite généralisée consécutive à la rupture d'une cholécystite gangreneuse et s'accompagnant d'un état général septicémique et la perforation d'une vésicule qui donne issue, dans l'abdomen, à une bile très peu virulente, parfois presque normale et aseptique ! Ce sont ces conditions anatomo-cliniques, si dif-

férentes, que nous voulons préciser, pour voir quel traitement il faudra instituer dans chacune de ces formes.

Les perforations des voies biliaires au cours de la lithiasie donnent lieu, lorsqu'elles se font dans le péritoine libre, à deux variétés très différentes de péritonite.

L'infection est-elle très grave, la perforation survenant à la suite d'une cholécystite hyperinfectieuse ? C'est la péritonite généralisée aiguë ou suraiguë qui en est la conséquence.

Au contraire, la bile qui se répand dans l'abdomen est peu virulente; on est en présence d'une infection atténuée et la réaction péritonéale consécutive n'est pas sans analogie avec celle du cholépéritoine.

Tout est différent entre ces deux variétés, depuis les lésions anatomiques jusqu'au traitement.

Ce ne sont là, évidemment, hâtons-nous de le dire, que des schémas, et toutes les formes intermédiaires se rencontrent en clinique.

Nous n'envisagerons que les cas où la perforation des voies biliaires en péritoine libre survient spontanément chez des lithiasiques. Nous éliminerons, par conséquent de notre étude, les observations de perforations traumatiques des voies biliaires, bien que souvent le traumatisme intervienne, comme nous le verrons dans un instant, pour provoquer la rupture d'une vésicule déjà malade; mais ici, le traumatisme n'a qu'un rôle tout à fait secondaire, et n'est qu'une cause occasionnelle.

Nous n'étudierons pas non plus les perforations des voies biliaires qui se voient au cours de maladies générales, et sur lesquelles Lejars a attiré l'attention il y a quelques années, à propos des cholécystites typhiques

suraiguës et nécrosantes, et nous limiterons notre étude aux perforations survenant au cours de la lithiasc.

Dans ces variétés, pourtant, mentionnons en passant l'importance des calculs biliaires qui facilitent, par leur présence dans la vésicule, et par l'oblitération des voies biliaires, la virulence des microbes en cause et aggravent les dégâts que ces microbes sont, par eux seuls, capables de produire.

Nous laisserons également de côté les cas où l'infection du grand péritoine succède à la rupture d'une poche purulente enkystée périvésiculaire, pour ne considérer que les cas où la perforation porte sur la vésicule ou sur les canaux biliaires.

Les péritonites généralisées consécutives à la rupture des voies biliaires sont assez rares.

Courvoisier, en 1890, en réunit 119 observations, mais il s'agissait uniquement de constatations d'autopsie, et l'on n'était jamais intervenu chirurgicalement.

Bricka, en 1899, dans une thèse inspirée par M. le professeur Poncet, a étudié les perforations spontanées de la vésicule, survenant au cours de la lithiasc et de la fièvre typhoïde; mais beaucoup de ses observations se rapportent à des cas de péritonites localisées. Mais il rapporte aussi diverses observations de péritonites généralisées consécutives à la rupture, soit de la vésicule, soit des canaux biliaires hépatique et cholédoque. Dans un seul cas (obs. XXXVI) on est intervenu chirurgicalement.

Quelques années plus tard (1906), Bordes étudiait les perforations de la vésicule biliaire calculeuse, mais il ne fait que mentionner les cas de rupture dans le péritoine libre, et son étude se rapporte plus tôt à la perforation de

la vésicule dans le péritoine cloisonné ou dans les viscères voisins.

Ce sont surtout les travaux étrangers de ces dernières années qui vont nous fournir les éléments nécessaires à l'étude des perforations des voies biliaires dans le péritoine libre.

Neck, en 1904, fait une étude sur les cas opérés de perforation de la vésicule ouverte dans le péritoine libre; il rapporte 11 cas, dont 9 se sont terminés par la guérison.

La même année, Hallet, de Liège, rassemblant les observations précédentes, réunit 15 cas de perforation de la vésicule biliaire calculieuse dans le péritoine libre, traités par la laparotomie, et qui ont donné 11 guérisons.

Les travaux les plus récents sont ceux de Härtig, qui a surtout insisté sur les cholécystites gangreneuses, et dont les statistiques, ainsi que celles de Körte et de Nætzel sont beaucoup moins rassurantes que celles des précédents auteurs. Leur étude porte sur des cas où la bile, très virulente, donnait naissance à des péritonites généralisées très grandes. Cotte et Arnaud ont réuni 76 cas de péritonites généralisées d'origine biliaire et en ont étudié surtout le traitement. A ces observations, nous ajouterons un cas de perforation du cystique avec péritonite consécutive, rapporté par Neupart à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, du 14 février 1910.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les considérations de sexe sont de peu d'importance. Les perforations se rencontreront cependant plus facilement chez les femmes, car chez elles, la présence de calculs biliaires dans la vésicule est un fait beaucoup plus fréquent que chez les hommes. Les notions d'âge sont tout autres. C'est surtout chez les vieux calculeux, dont la vésicule est plus ou moins malade, et dont les parois sont souvent épaissies, mais friables, que se produira la perforation. Ceci est surtout vrai pour les perforations qui aboutissent à des péritonites enkystées, car la lenteur et la longue durée du processus infectieux ont permis aux adhérences de mettre à l'abri le grand péritoine. Cette notion d'âge est moins importante, quand il s'agit de perforation dans le péritoine libre. Ce sont des malades qui en sont souvent à leur première poussée infectieuse, ce qui explique l'absence d'adhérences.

L'oblitération des voies biliaires, principalement du cystique, par un calcul, plus rarement la compression des voies biliaires par une tumeur voisine, a une grande importance, car cette non-perméabilité du cystique va augmenter la virulence des germes et faciliter les processus, qui aboutiront à la perforation. La marche des cho-

lécystites est, en effet, ainsi que l'a montré Mignot, dans sa thèse, subordonnée à deux facteurs essentiels : la perméabilité des voies biliaires et la virulence des microbes. Le premier facteur est de toute importance, car c'est souvent de lui que dépend la virulence des microbes. C'est lui qui pourra imprimer à la cholécystite une allure extrêmement grave, et donner lieu à des formes perforantes d'emblée, comme dans les cholécystites gangreneuses.

Enfin, il est un dernier facteur important au point de vue étiologique, et sur lequel nous devons attirer l'attention, c'est le traumatisme. Souvent, en effet, un traumatisme insignifiant pourra aboutir à une rupture des voies biliaires, c'est que dans ces conditions, le traumatisme intervient peu, mais ce sont les altérations des voies biliaires, et principalement celles causées par la lithiasc, qui jouent un rôle important. C'est ainsi que dans une observation rapportée par Finck, de Karlsbad, une malade, atteinte de cholécystite ancienne, ressentit, en ouvrant une fenêtre, une douleur épouvantable dans l'hypochondre droit, et on vit bientôt s'installer des symptômes de réaction péritonéale et des signes de perforation de la vésicule.

Dans une observation de Härtig, ce fut à la suite d'un travail pénible que le malade, âgé de 62 ans, et souffrant depuis un an de douleurs vagues dans le flanc droit, prit une crise violente, que l'on attribua d'abord à une appendicite. Mais l'intervention montra qu'il s'agissait d'une perforation de la vésicule. Dans tous les cas, le traumatisme n'avait été que la cause occasionnelle de la rupture.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions que l'on note au cours des perforations biliaires sont des plus variables. Elles diffèrent beaucoup suivant les causes qui ont produit la perforation, suivant la virulence de l'agent infectieux.

Nous décrirons d'abord les caractères généraux de ces perforations, leur nombre, leur aspect, leur situation, puis les variétés anatomiques correspondant à des processus infectieux différents et réclamant, par suite, un traitement approprié.

Caractères généraux des perforations.

La perforation peut siéger sur n'importe quel point de l'arbre biliaire extra-hépatique.

Cependant, elles sont exceptionnelles sur les canaux biliaires, profondément situés et abrités contre le traumatisme, alors qu'elles sont très fréquentes sur la vésicule.

Sur 41 cas, cités par Courvoisier, la perforation siégeait 33 fois sur la vésicule, 6 fois sur le cholédoque et 2 fois sur le cystique.

Dans nos observations, très souvent le siège de la per-

foration n'est pas mentionné, et on ne peut établir de statistique précise. Dans 35 cas, le siège de la perforation est signalé. On trouve la perforation 25 fois sur la vésicule et 6 fois sur les voies biliaires, 7 fois sur l'hépatique, 2 fois sur le cholédoque, 2 fois sur le cystique; 1 fois la perforation était double et siégeait sur le cystique et sur le cholédoque.

Mentionnons également une observation que Dieulafoy rapporte dans ses *Cliniques médicales* de l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'un malade dont l'histoire est décrite par Grant (*The Journal of the American medical Association*, 1903). Cet homme, âgé de 53 ans, avait eu antérieurement des coliques hépatiques. Une nuit, éclatent soudain des douleurs violentes localisées dans la région de la vésicule biliaire. Grant diagnostique une cholécystite et prescrit de la morphine, qui procure quelque soulagement. Deux heures plus tard, nouvelle et terrible crise, avec vomissement. On diagnostique : rupture de la vésicule. Le lendemain, survient une douleur intense dans la région de l'appendice. L'opération est faite et on constate une cholécystite et une appendicite ayant abouti, l'une et l'autre, à la perforation. Le malade succomba quatre jours plus tard à sa péritonite généralisée. Du reste, ces formes associées aiguës ou chroniques sont aujourd'hui bien connues.

Lorsque la perforation siège sur la vésicule, certaines parties sont plus souvent atteintes que d'autres.

Dans 28 cas, de Courvoisier, on trouve la perforation 20 fois sur le fond, 4 fois sur le corps et 3 fois sur le col.

D'après nos observations, il semble que la perforation

siège le plus souvent sur le fond, où on la trouve 13 fois, puis viennent par ordre de fréquence, le col (7 fois), la face inférieure (7 fois), et la face supérieure (2 fois). Dans un cas de Meriwether, la perforation siégeait sur la face supérieure de la vésicule et le foie était, à ce niveau, criblé de calculs, comme si la vésicule avait explosé.

La perforation est presque toujours unique, et la raison en est facile à comprendre. Dès qu'une perforation est produite, la pression diminue et cet orifice joue le rôle d'une soupape de sûreté. Cependant, on note souvent plusieurs autres points en imminence de perforation. Et dans les angio-cholécystites gangreneuses, où l'élément infectieux joue le rôle principal, alors que l'augmentation de pression n'intervient presque pas, on peut voir plusieurs points sphacelés. C'est ainsi que dans une observation de Riedel, on trouve une perforation sur la vésicule, une seconde sur l'embouchure du cystique dans le cholédoque, et une grosse perte de substance sur ce dernier conduit.

Avant d'entrer dans le détail des lésions observées dans les divers cas sur la vésicule et sur le péritoine, disons que l'on trouve presque toujours les canaux biliaires obstrués par un ou plusieurs calculs. C'est là, comme nous l'avons déjà dit, un facteur très important de la perforation, car cette oblitération permet l'augmentation de pression dans la vésicule et, d'autre part, rend plus virulents les germes enfermés dans le réservoir biliaire.

L'oblitération du cholédoque surtout est à redouter, car elle retentit sur tout l'arbre biliaire. Celle des autres canaux, hépatique surtout, est plus rarement signalée.

Des calculs se trouvent dans la vésicule en nombre

variable, très nombreux lorsque la perforation résulte d'une sorte d'éclatement, plus rares dans les cas très infectieux. Souvent un calcul oblitère momentanément l'orifice de perforation. Enfin, on peut trouver des calculs dans la cavité péritonéale.

Formes anatomiques.

Les formes les plus graves sont constituées par les cholécystites phlegmoneuses et gangreneuses, qui donnent rapidement une perforation et une péritonite généralisée très intense.

Le processus infectieux est si intense, que des adhérences n'ont pas le temps de s'organiser autour de la vésicule. On trouve alors une vésicule souvent de volume normale. Tous les éléments anatomiques sont frappés ensemble. On voit des taches jaunâtres ou d'une couleur verte jaune sale. Parfois, ce sont de véritables escarres noirâtres, de dimensions variables. C'est à ce niveau que siège la perforation, taillée à l'emporte-pièce et entourée d'une zone de nécrose. La vésicule peut présenter, à côté d'autres taches d'aspect gangreneux et des infiltrations hémorragiques.

D'autres fois, le processus gangreneux est plus étendu sur la muqueuse.

A l'intérieur de la vésicule, dans les formes très septiques, il y a peu de pus, mais une sérosité louche, teintée par la bile. Les anses intestinales sont distendues et rouges. La rapidité de l'infection n'a pas permis la formation de pus; mais on trouve seulement du liquide roussâtre, ordinairement en petite quantité.

Les parois de la vésicule sont molles, friables, et, dans ces cas, le chirurgien a beaucoup de peine à suturer les bords de cet organe à la paroi. C'est là une des raisons qui doit incliner le chirurgien à faire une ectomie.

Dans d'autres observations, c'est au niveau des voies biliaires que se trouvent des plaques de gangrène, le plus souvent au point où un calcul appuyait contre la paroi et avait déterminé une ulcération. Dans une observation, le processus avait été si violent, que l'on notait des pertes de substance sur le cholédoque et à l'embouchure du cystique dans ce canal.

Dans les cas tout opposés, on trouve, au contraire, une vésicule dont les parois sont un peu épaissies, mais ne présentent pas, au premier abord, de bien graves lésions.

Les anses intestinales sont normales, sans congestion et un liquide ressemblant à de la bile normale, issu par un orifice traumatique, remplit le péritoine. La quantité de liquide est variable et peut aller jusqu'à plusieurs litres. Dans ces cas, au lieu de trouver sur la vésicule un orifice taillé à l'emporte-pièce, on a une fente linéaire, indiquant bien que la pathogénie a été différente, et qu'il s'est agi d'une rupture plus que d'une perforation.

Le liquide trouvé dans le péritoine, recueilli, se trouve d'une très faible virulence. Dans une observation, l'ensemencement de la bile est resté stérile. C'est dans ces formes que certains chirurgiens ont pu tenter la suture, procédé qui aurait été désastreux dans d'autres circonstances.

Enfin, entre ces formes extrêmes, nous pourrions trouver toutes les formes anatomiques intermédiaires, des vésicules à parois plus ou moins enflammées: il y a ordinairement peu de péricholécystite.

Dans le péritoine, on trouvera toutes les lésions, depuis la sérosité louche roussâtre, indice de pronostic fâcheux, jusqu'à la bile presque normale. Souvent, dans les cas de rupture de vésicule, atteinte de suppuration, on aura du pus franc, d'autres fois, un mélange de pus et de bile, parfois des trainées de fibrine dans le voisinage des voies biliaires.

Déjà, en présence de ces variétés anatomiques de lésion, il est permis de prévoir que les symptômes cliniques et, par suite, le traitement des perforations biliaires dans le péritoine libre, devront être différents d'un cas à l'autre.

CHAPITRE IV

MÉCANISME DE LA PERFORATION

Sans nous étendre sur le mécanisme de la perforation de la vésicule, qui a été bien étudié par Bricka, dans sa thèse, qu'il nous suffise de rappeler que ce mécanisme diffère suivant les cas.

La perforation peut se faire, soit par ulcération ou gangrène — c'est alors une véritable perforation — soit par rupture, et il en résulte une déchirure.

En réalité, disons-le tout de suite, c'est là une division bien arbitraire.

De même qu'entre les formes extrêmes que nous avons décrites en faisant l'anatomie pathologique de ces lésions, il existe des formes intermédiaires, de même ici, dans un certain nombre de cas répondant précisément à ces formes de transition, il est mal aisé de faire la part exacte de l'élément infectieux et de l'élément mécanique; il est des formes à marche subaiguë où les calculs et les microbes prennent une part égale pour constituer la perforation.

Dans les formes infectieuses, la perforation résulte, soit d'une ulcération qui aboutit à la perforation par usure de la paroi vésiculaire ou de la paroi des canaux biliaires, soit, et cela se voit surtout dans les cas hyperinfectieux, d'une perte de substance de la paroi, véritable

gangrène. Le frottement continu des calculs sur un point amincit la paroi, provoque une ulcération de la muqueuse; c'est là un point d'appel pour les microorganismes venus de l'intestin, ou ceux qui ont envahi la vésicule par la voie sanguine.

Dans ces formes graves, c'est le facteur infectieux qui est l'agent principal de la perforation. Il ne joue qu'un rôle minime dans d'autres formes, à allure moins rapide et moins bruyante, où on doit surtout incriminer comme cause des accidents un facteur mécanique.

Il s'agit alors de vésicules qui présentent non plus un orifice de perforation taillé à l'emporte-pièce, et entouré d'une zone de nécrose plus ou moins avancée, mais une brèche plus étendue, une véritable rupture. On se trouve en présence d'une vésicule souvent très dilatée, distendue, qui, à la suite d'un effort ou d'un léger traumatisme, se rompt et permet la diffusion de la bile dans la grande cavité péritonéale. Souvent, c'est un calcul enclavé à l'embouchure du cystique qui, tout en favorisant l'exaltation de la virulence microbienne, sera la cause de cet excès de pression aboutissant à la rupture. Cette augmentation de pression peut survenir à la suite d'un effort physiologique, tel que le vomissement. La vésicule se trouve serrée entre la face inférieure du foie, les viscères abdominaux et la paroi; le cystique obstrué par un calcul ne permet pas l'écoulement de la bile dans l'intestin, elle fait éclater la paroi vésiculaire.

Mais pour que ce mécanisme se réalise, il faut que l'on se trouve en présence d'une paroi malade, plus ou moins altérée et rendue friable par une inflammation. C'est ce mécanisme qui est réalisé lorsque la perforation survient

au cours d'un accès de colique hépatique. La contraction violente de la vésicule augmente la pression, ce qui fait éclater la paroi.

Ces deux facteurs infectieux et mécanique sont encore en jeu pour réaliser la rupture des canaux biliaires.

Un calcul en contact prolongé avec la paroi du canal l'irrite, produit une ulcération. Souvent c'est sur l'arête d'un calcul que vient se déchirer la paroi. L'augmentation de pression dans la vésicule vient faire éclater ce point aminci, surtout si un calcul a émigré plus bas et obstrue les voies sous-jacentes.

Cette augmentation de pression intra-biliaire explique aussi comment, avec une perforation parfois insignifiante que l'on à peine à retrouver, on a pu avoir une grande quantité de bile dans le péritoine. Sans cette augmentation de pression, on n'en aurait eu que quelques gouttes.

D'autres fois, on a sur les voies biliaires de véritables plaques de gangrène, comme dans un cas de Martens, ou dans une observation de Riedel, où il y avait une véritable destruction de l'abouchement du cystique dans le cholédoque, et une grosse perte de substance du cholédoque. Dans ces observations, c'est l'élément infectieux qui agit pour déterminer une perforation en un point de la paroi en contact avec un calcul.

Dans tous les cas, ces deux facteurs infectieux et mécanique se retrouvent. L'action de l'un ou de l'autre est prédominante.

PATHOGÉNIE

La perforation de la vésicule une fois faite, suivant l'un des mécanismes que nous venons d'étudier, la bile se répand dans la cavité péritonéale et va y causer des désordres variables, tantôt une péritonite généralisée très grave, tantôt, au contraire, des lésions péritonéales peu marquées, ressemblant assez aux lésions que l'on voit dans le cholépéritoïne hydatique ou dans les ruptures purement traumatiques des voies biliaires. La pathogénie va nous éclairer et nous donner la cause de ces divergences.

Dans le premier cas, une péritonite généralisée très grave se déclare, car la perforation a donné issue dans l'abdomen à une bile très septique. C'est ce qui se voit dans les cholécystites suraiguës, dans les formes gangreneuses hémorragiques et phlegmoneuses.

La perforation résulte alors d'un processus très infectieux, dû à la très grande virulence des germes. Des compressions des vaisseaux, ou des embolies microbiennes déterminent des troubles circulatoires plus ou moins marqués, qui permettent à l'infection de se manifester par de la gangrène et de la nécrose. Souvent, le cystique est oblitéré, dans la vésicule transformée en un vase clos, comme l'appendice, des germes très virulents vont se développer et causer des désordres analogues à ceux que l'on voit dans l'appendicite gangreneuse.

La gravité de ces cas tient autant à l'infection générale de l'organisme qu'à la péritonite qui suit la perforation.

A ces observations, correspondra, comme nous le ver-

rons plus tard, une thérapeutique spéciale qui consistera surtout à enlever le plus tôt possible le foyer infectieux en pratiquant une cholécystectomie.

Dans un autre groupe de faits, il s'agit de vieux calculs qui, à l'occasion d'un traumatisme ou d'une légère infection, font une rupture de leur vésicule. Des adhérences ne protègent pas cet organe, et il se répand dans le péritoine une bile qui, sans être aseptique comme dans les ruptures traumatiques des voies biliaires, a une virulence très atténuée et parfois même, comme dans une des observations que nous citons, la culture de la bile est négative, son ensemencement reste stérile. Comment va se comporter le péritoine ? L'irruption de ce liquide détermine souvent des accidents péritonéaux (douleur intense, mais de courte durée, à allure bruyante et cataclysmique), dus sans doute à l'irritation du sympathique abdominal. Mais à cette irritation aseptique du péritoine succède souvent une phase d'infection microbienne. Les voies biliaires ouvertes sont là, qui offrent une route toute tracée à l'infection.

Les opinions des expérimentateurs ont, sur ce sujet, varié avec les époques.

On a cru pendant longtemps que la bile était un liquide doué de propriétés antiseptiques et antitoxiques. Non seulement les germes microbiens ne paraissaient pas pouvoir se développer dans son intérieur, mais il semblait même que les toxines mises en sa présence fussent à peu près complètement neutralisées. On en vint jusqu'à déclarer que l'irruption de la bile dans le péritoine était une sauvegarde vis-à-vis de l'infection.

Ehrhardt voulut le prouver expérimentalement, il injecte

des cultures microbiennes à des chats, dont il a laissé la vésicule ouverte dans le ventre. Ces animaux se montrèrent bien plus résistants à l'infection que ceux chez lesquels on n'avait pas touché à la vésicule; et lorsqu'on n'avait pas fait de fistules, ils succombaient en quinze ou vingt-quatre heures, au lieu de mourir lentement, comme dans les cas où la vésicule était ouverte dans le péritoine.

Ehrardt rapproche ces faits expérimentaux de ce fait que 15 cas de perforation de la vésicule dans le péritoine libre ont donné 11 guérisons. On ne trouve d'aussi beaux résultats dans aucune autre péritonite par perforation, péritonites consécutives à perforation intestinale, typhique, appendiculaire ou de l'estomac.

Mais d'autres expériences vinrent infirmer les résultats d'Ehrardt.

Doyen et Hugounencq avaient depuis longtemps constaté que la bile constitue un milieu de culture favorable aux microbes.

Krause et Frœnkel montrèrent même que la virulence de certains agents s'y exagère même.

Enfin, ces derniers temps, Nœtzel, reprenant les expériences d'Ehrardt, a vu succomber tous les animaux auxquels il injectait des microbes en même temps qu'il ouvrait les voies biliaires dans le péritoine, tandis que les autres résistaient beaucoup plus à l'infection, en somme, résultats diamétralement opposés à ceux d'Ehrardt.

Du reste, même lorsque la bile est aseptique, elle n'est pas d'une innocuité aussi grande qu'on a voulu le dire.

En contact prolongé avec le péritoine, elle détermine son inflammation, amène la destruction de son épithélium, diminue par là la phagocytose, entravant ainsi les

moyens de défense du péritoine vis-à-vis de l'infection. On sait, du reste, que les épanchements de bile succédant aux traumatismes, s'ils sont bien tolérés pendant un temps plus ou moins long, arrivent tôt ou tard à donner des accidents. L'intestin est un voisin dangereux, d'où pourront émigrer des germes qui détermineront une péritonite mortelle.

Cette action irritante du liquide biliaire n'avait pas échappé aux anciens auteurs.

Dupuytren porte au plus haut degré les propriétés inflammatoires de la bile, et Vidal de Cassis n'hésite pas à déclarer qu'un épanchement de bile dans le péritoine donne souvent lieu à de graves accidents de péritonite. C'était aussi l'opinion de Nélaton, qui, tout en faisant une restriction pour les épanchements enkystés, qui pourront être bien tolérés, déclare que le pronostic est des plus graves lorsque l'épanchement est total.

En somme, la bile, même normale, non infectée ou très peu septique, sans être absolument innocente, ne doit pas non plus être mise au nombre des humeurs qui, comme le pus, donnent fatalement une péritonite généralisée. Car ce qui détermine la mort, ce n'est pas surtout et seulement l'inflammation provoquée par la bile du côté de la séreuse péritonéale, mais l'intoxication de l'organisme.

On peut conclure de tout cela que la présence de la bile dans le ventre constitue un danger, car elle peut s'infecter et causer les pires désordres.

Les cas qui, cliniquement, semblent bénins, et dont l'analogie est grande avec le cholépéritoine, réclament comme les autres une intervention, mais qui pourra être moins complète que dans les cholécystites suraiguës perforantes.

CHAPITRE V

SYMPTOMES

Les symptômes qui révèlent une perforation des voies biliaires dans le péritoine sont des plus variables. Et aux différents cadres que nous avons étudiés en faisant l'anatomie pathologique, se superposent des formes cliniques identiques.

L'affection survient spontanément, sans cause, parfois à la suite d'un léger traumatisme, qui aurait été insuffisant pour rompre des voies biliaires saines et normales. On peut encore voir survenir cette complication en pleine crise de coliques hépatiques, par perforation de la vésicule ou des voies biliaires, ainsi que Trousseau en a rapporté des observations qui sont souvent mentionnées.

Parfois, l'évolution antérieure de la cholécystite a été tout à fait latente. D'autres fois, il y a des symptômes antérieurs de cholécystites, soit très fugaces, consistant en vagues troubles dyspeptiques mis sur le compte de l'estomac, soit nettement caractérisés par des coliques hépatiques, par de l'ictère ou par des douleurs vésiculaires avec accès fébriles intermittents.

Le début est ordinairement très brusque, s'annonçant par une violente douleur dans l'hypocondre droit, mise souvent sur le compte d'une appendicite, lorsque le ma-

lade n'a pas un passé hépatique bien net. Puis s'installent les symptômes de la péritonite aiguë purulente, qui est le type le plus ordinaire de la péritonite généralisée, d'origine biliaire.

Toutefois, on peut voir des formes bénignes ressemblant au cholépéritonite traumatique et des formes suraiguës rapidement mortelles. Ce sont les cholécystites gangreneuses ou hémorragiques, rapidement perforantes ou perforantes d'emblée.

Etudions rapidement ces différentes formes cliniques :

La cholécystite phlegmoneuse peut être prise comme type de la cholécystite aiguë et la gangreneuse n'est que le degré extrême de la forme phlegmoneuse. Le début en est très bruyant, et les symptômes de perforation apparaissent dès le début des accidents. C'est un sujet qui, spontanément, ou à la suite d'un léger effort, éprouve une violente douleur dans l'hypocondre droit.

Souvent, cette douleur est assez mal localisée, et on s'explique facilement que la confusion soit possible avec l'appendicite. Pourtant, un examen attentif peut montrer une douleur localisée sur le rebord costal et non dans la fosse iliaque. Les irradiations de la douleur sont fréquentes vers l'épigastre et vers la région scapulaire. Rapidement l'état général s'altère, le facies est celui d'un infecté. Le malade a une fièvre élevée ou de l'hypothermie. Le pouls est rapide. Souvent les phénomènes abdominaux sont, comme dans les appendicites suraiguës, peu accentués. Le ventre peut se laisser déprimer et paraît souple, alors que la perforation est déjà produite, et ce n'est que tardivement qu'apparaissent les vomissements, le ballonnement abdominal et tous les signes classiques de la péritonite généralisée.

D'autres fois, le début de la perforation est plus nette chez un malade présentant une cholécystite aiguë; le deuxième ou le troisième jour, survient une douleur violente, en véritable coup de poignard, indiquant qu'une perforation dans le péritoine libre vient de se produire, car les adhérences n'ont pas eu le temps de se constituer autour du foyer vésiculaire.

L'affection ne présente pas toujours une allure aussi dramatique. Les accidents peuvent se développer d'une façon beaucoup moins rapide. Les douleurs dans l'hypochondre sont plus sourdes, avec des exacerbations passagères. On constate, à la palpation, une masse volumineuse que l'on ne retrouve pas les jours suivants et la disparition d'une masse constatée les jours précédents serait pour certains auteurs un signe de grande valeur et indiquerait qu'une perforation s'est produite.

Enfin, il est des cas plus torpides encore. Ce sont ceux qui répondent au cholépéritoine, c'est-à-dire à un épanchement dans le péritoine d'une bile aseptique, ou du moins très peu virulente. La perforation a lieu, le plus ordinairement, à la suite d'un traumatisme, mais c'est en général un accident insignifiant, qui n'aurait pu déterminer la rupture d'une vésicule saine.

L'ictère peut survenir au bout de quelques jours. Il est dû à la résorption de la bile épanchée; il peut être plus ou moins intense et s'accompagner d'urines ictériques et de décoloration des fèces.

Pour Courvoisier, l'ictère aurait été observé 10 fois dans 24 cas; 8 fois seulement il s'accompagnait de la décoloration des fèces, ce qui signifiait que toute la bile s'écoulait dans la cavité péritonéale. S'il existe un écou-

lement partiel de la bile dans l'intestin, cette décoloration des matières ne s'observe pas.

L'ictère peut aussi, dans les formes plus aiguës, être dû aux phénomènes infectieux concomitants.

Il existe, en même temps, des accidents de réaction péritonéale, mais ils sont peu intenses et ressemblent assez à ceux que l'on note dans le cholépéritoine traumatique.

L'évolution varie avec les formes.

Dans les cholécystites gangreneuses, une péritonite putride emmène rapidement le patient.

Dans les cholécystites aiguës, avec perforation dans le péritoine libre, ce sont les signes d'une péritonite généralisée qui s'installent, et sa marche sera d'autant plus rapide que la bile épanchée sera plus virulente.

Enfin, dans les formes atténuées, comme dans les cholépéritoinies traumatiques, la bile pourra être tolérée pendant quelques jours, surtout si elle est peu virulente, jusqu'au jour où un accident infectieux (que l'infection vienne de l'intestin ou qu'elle soit due à une poussée de cholécystite) aggrave l'état du malade par la transformation du cholépéritoine en péritonite purulente généralisée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose dans des conditions fort différentes. Ou bien le malade a un passé biliaire, et le diagnostic est le plus souvent très facile — c'est un malade qui a depuis plusieurs années des coliques hépatiques — il ressent une violente douleur dans l'hypocondre droit et les signes de péritonite apparaissent. Mais il faut savoir que souvent ces antécédents lithiasiques sont moins ac-

centués et ont passé inaperçus ou ont été étiquetés comme troubles gastriques. Ces malades sont considérés comme des dyspeptiques, plutôt que comme des hépatiques.

Lorsque ces accidents de perforation surviennent chez un malade que l'on ne connaît pas ou bien qui n'a aucun passé biliaire, le diagnostic est beaucoup plus difficile, et c'est le diagnostic de toutes les affections abdominales à début brusque qu'il faudrait faire.

Qu'il nous suffise de citer les principales affections qui peuvent être confondues avec la perforation des voies biliaires.

Ce sont d'abord toutes les perforations intestinales, et les perforations de l'estomac et du duodénum consécutives à l'ulcère de ces organes. Mentionnons également la pancréatite hémorragique, sur laquelle l'attention des chirurgiens a été attirée durant ces dernières années.

Mais il est une affection qui est très souvent confondue avec la perforation des voies biliaires, et sur laquelle nous voulons insister, c'est l'appendicite. Très souvent, dans les observations que nous mentionnons à la fin de ce travail, on a posé le diagnostic d'appendicite, et on a pratiqué une laparotomie latérale droite, et ce n'est qu'à l'intervention qu'on a constaté que l'appendice était sain. Il faut alors prolonger l'incision en haut et explorer les voies biliaires.

Certains signes cliniques pourront cependant faire éliminer l'appendicite : la douleur, qui est plus bas située, dans l'appendicite, et s'irradie vers l'ombilic, tandis que dans la cholécystite, elle siège sur le rebord costal et s'irradie vers l'épigastre et dans le bras droit. La palpation de l'abdomen montre, dans l'appendicite, une résistance

dans la fosse iliaque droite, et non dans la région vésiculaire.

L'affection siège sur la vésicule, il faut encore faire le diagnostic de perforation dans le péritoine libre et éliminer certaines cholécystites qui ne s'accompagnent ordinairement pas d'une douleur si vive et si brusque.

Nous ne terminerons pas ce chapitre de diagnostic sans mentionner les péritonites par simple propagation. Ce sont là des cas certainement très rares, mais dont l'existence paraît indubitable. Mais ordinairement, le début n'est pas aussi brusque, et il y a avant l'établissement des signes péritonéaux une phase de durée plus ou moins longue, qui correspond à l'inflammation périvésiculaire.

Le diagnostic de la variété pourra se faire d'après l'examen clinique, les phénomènes généraux étant beaucoup plus graves dans les formes hyperinfectieuses et gangreneuses, très atténués, au contraire, dans les autres variétés. Mais ce n'est qu'après la laparotomie, et après examen des lésions, que le chirurgien se décidera à pratiquer une ectomie, ou bien se contentera de faire un simple drainage de la vésicule.

Quant au diagnostic du siège de la perforation, c'est un diagnostic qu'il est presque impossible de poser cliniquement, et ce n'est qu'après laparotomie qu'on verra si la perforation siège sur la vésicule ou sur une autre partie de l'arbre biliaire.

PRONOSTIC

Le pronostic des péritonites par perforation de la vésicule a été apprécié de façons fort diverses par les auteurs

Ehrardt est très optimiste, et sur 15 cas de péritonites biliaires, il aurait eu 11 guérisons.

Sur 11 cas publiés par Neck, on trouve 8 succès.

Moriwether accuse une mortalité de 37 pour 100.

Mais toutes les statistiques ne sont pas aussi belles.

Pour Körte, le pronostic est beaucoup plus sévère.

Nœtzel, au XXII^e Congrès allemand de chirurgie, a insisté sur la gravité de ces péritonites.

D'où viennent ces divergences et comment peut-on les expliquer ?

On ne saurait les expliquer autrement que par la gravité différente des affections au cours desquelles on voit survenir ces perforations.

Les péritonites apparaissant chez les lithiasiques qui ont des calculs latents dans les voies biliaires et qui surviennent soit à la suite d'un effort, d'un traumatisme ou à la suite d'une légère infection, ont un pronostic qui est relativement favorable. Leur bile n'est pas aseptique, mais renfermant des microbes peu virulents ; son irruption dans la cavité péritonéale libre ne causera pas des troubles alarmants, et une intervention, même tardive, pourra sauver ces malades.

Tout autre est le pronostic des péritonites résultant de la rupture, ou plutôt de la perforation d'une vésicule atteinte de cholécystite gangreneuse ou suraiguë. Le pronostic est des plus sévères. Une bile très virulente a envahi la cavité péritonéale et va y causer une péritonite très grave. Le processus infectieux est quelquefois si intense, que des phénomènes suraigus se déclarent avant même la perforation. Des plaques de gangrène apparaissent avant que le pus soit formé. Et ce qui assombrît

le pronostic, ce n'est pas tant la perforation et la péritonite consécutive, mais surtout l'infection causale.

Ce qui fait la gravité de ces cas, c'est l'intensité des phénomènes infectieux qui empoisonnent l'organisme. Ajoutez à cela que la rapidité du processus est si grande que le péritoine est surpris sans défense; il n'a pas le temps de former des adhérences qui se voient au cours des empyèmes chroniques de la vésicule et qui font que chez ces derniers malades la péritonite généralisée est excessivement rare, car la perforation aboutit à une péritonite locale enkystée.

Si l'on compare le pronostic des perforations de la vésicule à celui des autres perforations, on voit, là encore, apparaître des divergences.

Kehr, tout en admettant leur fâcheux pronostic, les déclare moins graves que les perforations gastriques ou intestinales.

C'est aussi l'opinion de Körte. Riese, au contraire, les range dans la même catégorie que les perforations gastriques et intestinales, et considère les péritonites consécutives comme plus graves que les péritonites appendiculaires.

Il est bien évident que l'on ne peut pas établir de règles absolues, et que tout dépend de la virulence des germes qui sont en cause.

Du reste, ce pronostic dépend encore d'autres facteurs non moins importants.

Et d'abord, du moment de l'intervention : plus l'opération sera précoce et rapide, plus le chirurgien aura la chance d'avoir un succès.

Il dépend aussi du genre d'intervention.

Malheureusement, il est difficile, à cause du peu de documents et de leur manque de précision, de déterminer la valeur thérapeutique de telle ou telle intervention.

Cotte et Arnaud, en relevant le total des interventions pratiquées, sont arrivés aux résultats suivants.

Laparotomie simple, avec ou sans tamponnement de la vésicule :

10 cas : 2 guérisons, 8 morts.

Drainage de la vésicule :

29 cas : 19 guérisons, 10 morts.

Suture de la perforation :

5 cas : 1 guérison, 4 morts.

Ectomies :

17 cas : 7 guérisons, 10 morts.

Drainage des voies biliaires :

3 cas : 3 morts. Dans 12 cas, la nature de l'intervention n'est pas déterminée.

Au total : 76 cas traités chirurgicalement avec 34 guérisons et 42 morts.

De ces chiffres, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il ne faut pas toujours incriminer l'opération des désastres. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, dans trois cas, où on a pratiqué le drainage des voies biliaires principales, on a trois échecs. Mais il s'agissait de cas excessivement septiques, et il est probable que tout autre traitement aurait échoué.

2° En résumé, on peut se contenter du drainage de la vésicule dans les formes peu virulentes. Dans les cas infectieux, il faut enlever la vésicule.

Les faits recueillis montrent que l'ectomie a une grosse mortalité, mais il ne faut pas s'en étonner, puisqu'elle a été pratiquée dans les formes les plus graves.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Si les péritonites qui résultent de la diffusion de l'infection biliaire jusqu'au niveau du péritoine présentent souvent de beaux exemples de péritonites curables, il n'en est plus de même, lorsqu'on considère les péritonites qui succèdent à la perforation des voies biliaires. Ces dernières, bien qu'étant en général d'un pronostic meilleur que les autres péritonites par perforation sont, malgré tout, très graves.

Les différentes considérations que nous avons développées en faisant l'étude anatomique, pathogénique et clinique de ces perforations nous font déjà entrevoir que leur traitement ne sera pas unique, mais variera suivant chaque cas. On peut, cependant, malgré la diversité des faits, établir quelques règles thérapeutiques.

Le traitement qui, au temps de Courvoisier, était seulement médical, relève actuellement uniquement de la chirurgie.

Disons cependant que le traitement médical, bien employé, pourra prévenir la perforation. Aux malades atteints de cholécystite, on recommandera le repos et l'opium immobilisera leur intestin. On proscrira, comme dans les appendicites, les purgatifs qui, en remuant les

intestins, peuvent faciliter la perforation et empêchent la production des adhérences.

Mais souvent ces moyens échouent; la perforation se produit, il n'y a pas d'adhérences périvésiculaires; une péritonite généralisée s'installe. Quelle sera la conduite à tenir ? A quel moment faut-il intervenir et comment faut-il intervenir ? Se contentera-t-on de traiter la péritonite ou faudra-t-il s'adresser à la cause du mal : suturer la perforation vésiculaire ou enlever l'organe malade ? Telles sont les questions que nous devons maintenant envisager. Tous les procédés ont eu leurs défenseurs et leurs détracteurs, et si les divergences sont si grandes entre les chirurgiens, c'est que le traitement n'est pas unique et ne peut être contenu dans une formule étroite. Il faut sérier les cas, considérer les conditions anatomo-cliniques au milieu desquelles les perforations se sont produites et appliquer à chaque cas la thérapeutique qui lui convient.

Et d'abord, à quel moment faut-il intervenir ? Evidemment il n'est pas question, comme pour les appendicites ou comme pour les cholécystites aiguës, de laisser passer les phénomènes graves du début, de laisser refroidir l'affection. On est en présence d'une perforation viscérale qui déverse un contenu septique dans la cavité abdominale, il faut intervenir, c'est la seule chance de salut pour la malade. S'il fallait des chiffres pour montrer l'importance de ce que nous avançons, il n'y aurait qu'à consulter les statistiques, celle de Erdmann, pour n'en citer qu'une qui, sur 34 observations, a montré que dans 27 cas non opérés, il y avait eu 27 décès, tandis que les 7 autres avaient donné 4 guérisons. Les cas abandonnés à eux-mêmes auront une issue fatale.

Il faut donc intervenir et intervenir le plus rapidement possible. Le pronostic, s'il dépend de la nature du liquide extravasé, dépend aussi du temps qu'on laisse écouler entre le moment de la perforation et celui de l'opération.

Dans les formes graves, gangreneuses et perforantes d'emblée, où le produit répandu dans l'abdomen est très virulent, cette règle ne souffre pas d'exceptions. On est en présence d'un cas analogue à celui de l'appendicite gangreneuse. L'urgence du traitement chirurgical ne se discute même pas.

Dans les formes où la bile n'est pas très virulente, dans ces cas analogues au cholépéritoine traumatique, l'urgence est peut-être moins grande. Mais a-t-on intérêt à attendre ? Nous ne le croyons pas. Si l'expectative peut être conseillée dans les cas de rupture traumatique des voies biliaires, il n'en est pas de même dans les cas où la perforation siège sur une vésicule malade, Körte a même cité un cas où l'ensemencement de la bile était resté stérile; mais c'est là un phénomène exceptionnel, et il faut se souvenir que derrière le péritoine il y a un voisin dangereux : l'intestin. La moindre infection pourra « mettre le feu aux poudres » et accroître la septicité de la bile. On n'aura donc même, dans les cas en apparence bénins, aucun intérêt à temporiser,

L'intervention est décidée. En quoi va-t-elle consister ? Souvent le diagnostic est hésitant. On aura avantage à faire une laparotomie médiane. Ou bien, si l'on a cru à une appendicite, et que l'on trouve cet organe sain, on prolongera l'incision vers le haut pour explorer la vésicule. Et lorsqu'on aura les lésions sous les yeux, on décidera telle ou telle intervention, en examinant bien en

même temps quel est l'état général du malade et dans quelles conditions cliniques sont apparus les phénomènes de perforation.

A-t-on affaire à une cholécystite gangreneuse ? Une perforation se voit sur la vésicule, très nette, entourée d'une zone de nécrose; entre les anses intestinales, peu de liquide roussâtre, l'état général est très grave et la gravité tient autant à la lésion causale qu'à la péritonite; il faut pratiquer une cholécystectomie et enlever la vésicule, qui est une source d'infection.

On a fait de nombreux reproches à la cholécystectomie.

Erdmann a, dans une étude récente, fait ressortir tous les inconvénients qui étaient imputés à l'ablation de la vésicule. On a fait de la vésicule un organe indispensable au bon fonctionnement de la digestion; on a montré les grandes difficultés avec lesquelles se trouvait aux prises le chirurgien, qui était appelé à faire une opération itérative sur les voies biliaires, un repère anatomique si important étant supprimé.

Mais si l'ablation de cet organe comporte des inconvénients futurs, sa conservation n'en est pas exempte; si on laisse la vésicule en place, c'est un foyer d'infection qui reste et là, les dangers sont encore plus grands que lorsqu'on n'enlève pas un appendice. Il est de règle, en effet, parmi les chirurgiens, d'enlever l'appendice au cours d'une intervention de péritonite appendiculaire; mais si cette recherche est trop difficile et ne peut se faire qu'au prix de dégâts importants, mieux vaut ne pas insister. Mais la vésicule est un organe plus volumineux que l'appendice. On peut voir des perforations secondaires

se produire, tandis que l'appendice a souvent été décapité par le processus infectieux et il s'élimine avec le pus. On n'invoquera pas la gravité plus grande de l'ectomie en se basant sur les statistiques, car si la mortalité est plus grande dans l'ectomie, il faut bien tenir compte de ce fait que l'ectomie a été pratiquée dans les cas les plus graves.

Evidemment, l'ectomie est une opération plus longue et plus difficile que le simple drainage de la vésicule; mais mieux vaut prolonger de quelques minutes l'opération et sauver son malade.

L'ectomie s'impose donc dans les formes hyperinfectieuses.

Lorsque les voies biliaires sont peu infectées, une thérapeutique aussi radicale ne sera pas nécessaire. On a pratiqué parfois, et avec succès, la suture de la perforation. Ce procédé, souvent difficile, peut être employé dans les cas de perforation traumatique. Lorsque la vésicule est infectée, il n'est pas sans danger : on enferme le loup dans la bergerie et des accidents infectieux secondaires peuvent éclater.

Le plus simple semble, dans ces cas, d'aboucher l'orifice de perforation à la paroi abdominale et de drainer par cet orifice les voies biliaires.

Le drainage de la vésicule semble donc être l'opération de choix. Lorsqu'on fera une cholécystectomie, le drainage des voies biliaires sera également une opération de première importance, qu'il faudra toujours pratiquer.

Mais en même temps il faudra s'occuper de la péritonite concomitante et mettre en œuvre tous les moyens modernes indiqués dans le traitement de la péritonite.

On asséchera la cavité péritonéale avec l'aspirateur de Villard et on drainera le péritoine.

La question du lavage du péritoine est plus discutable. On lui a fait des reproches, dont quelques-uns semblent justifiés.

On pourra verser à l'intérieur du péritoine du sérum chaud ou de l'huile camphrée, méthode qui a donné à des chirurgiens lyonnais de réels succès.

La position de Fowler et l'administration intra-rectale de sérum, suivant la méthode de Murphy seront également d'une grande utilité. Mais nous n'insistons pas davantage sur tous ces moyens, qui doivent être traités dans la thèse d'Arnaud.

Lorsque la perforation siègera sur les voies biliaires, le traitement de la péritonite concomitante sera le même que précédemment.

Quant à la perforation, on la traitera de façon variable. S'agit-il de formes peu virulentes, on pourra tenter la suture; si la perforation siège sur le cystique, la nécessité d'agir sur des parties profondément situées et sur un canal étroit, rendra souvent la suture impraticable et, en pareille circonstance, c'est à l'ectomie avec résection plus ou moins étendue du cystique, qu'il faudra recourir.

C'est encore à l'ectomie qu'il faudra avoir recours dans les formes où l'élément infectieux domine la scène clinique.

Mais on se rapellera que, même dans les formes torpides, la suture est un procédé qui n'est pas sans danger.

Sur l'hépatique, les sutures seront également très difficiles et le mieux sera souvent de faire un simple drainage de ce conduit.

Quant aux perforations du cholédoque, elles seront très difficiles à traiter, surtout si le canal a ses dimensions

normales. On pourra tenter la suture, mais toujours assurer un bon drainage, surtout si on a affaire à des formes graves.

D'ailleurs, les cas de perforation des canaux biliaires au cours de la lithiase, sont relativement très rares, et il est difficile de formuler des indications thérapeutiques aussi précises que lorsqu'il s'agit de perforation de la vésicule.

Nous ne saurions terminer cette étude sur les perforations biliaires dans le péritoine libre, sans insister sur les bienfaits du traitement chirurgical préventif.

Evidemment, il ne faut rien exagérer, beaucoup de lithiasiques devront se contenter d'un traitement médical, et ils s'en trouveront bien. Mais il faudra bien savoir poser et discuter des indications opératoires chez des lithiasiques. On évitera ainsi bien des accidents, et il faut espérer que grâce aux progrès de la chirurgie biliaire, il arrivera un jour où l'intervention précoce préviendra souvent les perforations des voies biliaires ou, du moins, diminuera leur nombre.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Perforation de la vésicule biliaire dans le péritoine libre.

PERFORATION DE CHOLÉCYSTITES GANGRENEUSES

OBSERVATION I

CZERNY. — *Jahresbericht der Heidelberger Klinik für 1901, Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1902, t. XXXVI. Supp., p. 23 et 143, n° 754.*

Femme, 61 ans, qui souffre depuis cinq jours de vomissements abondants; douleurs abdominales, ballonnement modéré; arrêt des matières et des gaz; pas d'ictère. On pense à une occlusion intestinale par péritonite au niveau de l'angle gauche. Incision paramédiane gauche; l'abdomen est rempli de sérosité teintée de bile; les anses sont couvertes d'exsudats. On se porte du côté droit, où on fait une nouvelle incision. La vésicule présente, au niveau du fond, une perte de substance de nature gangreneuse : elle renferme encore plusieurs calculs. Résection partielle et suture de la vésicule. Drainage du péritoine après lavage avec 13 litres de sérum artificiel.

Mort le quatrième jour.

OBSERVATION II

DELAGENIÈRE. — *Archives provinciales de chirurgie, 7 juillet 1910.*

Dans la statistique des opérations pratiquées au Mans pendant les années 1908 et 1909, Delagenière rapporte l'ob-

servation d'une cholécystite calculeuse avec rupture de la vésicule gangrenée. Il fit une cholécystectomie. Mais l'opération fut faite trop tardivement et la mort survint au bout de quelques jours.

OBSERVATION III

KÖRTE. — Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenweigen. *Arch. f. klin. Chir.*, 1909, LXXXIX, obs. XXI.

Femme de 63 ans entre à l'hôpital avec des signes de péritonite.

Opération le 9 avril 1907.

Liquide séro-purulent dans l'abdomen, gangrène de la vésicule qui renferme du pus et au collet de laquelle il existe un calcul. Ectomie. Drainage. Mort d'une embolie pulmonaire quatre semaines après l'opération.

OBSERVATION IV

KUMMEL. In Goldammer. — *Beitrage zur Chirurgie der Gallenwege*, 1907, t. LV, p. 60, obs. X.

Femme de 33 ans. Cholécystite calculeuse gangreneuse, avec perforation et péritonite généralisée. Cholécystostomie. Drainage. Guérison.

OBSERVATION V

KUMMEL. — *Loc. cit.*, p. 61, obs. XI.

Homme, 75 ans. Lithiase biliaire. Cholécystite gangreneuse. Péritonite diffuse par perforation. Calculs libres en pleine cavité abdominale.

27 janvier 195, cholécystostomie, toilette du péritoine. Drainage. Mort.

OBSERVATION VI

KUMMEL. — *Loc. cit.*, p. 61, obs. XII.

Homme, 54 ans. Lithiase biliaire. Cholécystite gangreneuse avec perforation. Laparotomie le 9 mars 1900. Mort.

OBSERVATION VII

NARATH. — *Jahresbericht der Heidelbergern Chir. klinisch f. 1906. Beitrage*, 1907, t. LV. Suppl., p. 30, obs. XCI.

Homme de 59 ans. N'a jamais été malade. Le 27 octobre 1906, au soir, douleurs abdominales et vomissements. Aggravation rapide de l'état général.

A l'entrée, le 31 octobre, signes de péritonite par perforation. Opération immédiate. Gangrène du fond de la vésicule qui renferme un petit calcul; péritonite diffuse.

Cholécystostomie. Mort de complications pulmonaires le 10 novembre.

OBSERVATION VIII

RIEDEL. *In* Thiemann. — Diffuse Peritonitis von der Gallenblase Ausegehend. *Archiv. für klin. Chir.*, 1910, t. XCII, p. 609.

Femme de 44 ans. Coliques hépatiques antérieures. Il y a douze jours, crise violente accompagnée d'ictère; perforation nette dans le péritoine libre datant de la veille. Température, 38°6. Pouls, 120. Ventre fortement météorisé et douloureux.

Laparotomie droite. En plein ventre, bile abondante et trouble. Vésicule biliaire gangrenée. On ne trouve pas la perforation. Calcul de la grosseur d'une framboise. Ectomie. Lavage du ventre au sérum. On fait un anus cæcal. Drainages multiples notamment à gauche. Mort vingt-trois heures après.

OBSERVATION IX

SCHMITZLER. — Gallenblasen ruptur : Extirpation. *Wiener med. Gesellschaft in Münchner mediz. Wochenschrift*, 1903, n° 49.

Femme, 55 ans. Crises hépatiques violentes. Ni selles, ni vomissements. Collapsus, ictère, pouls à 100.

A l'opération, on trouve plusieurs litres de bile avec calculs (gangrène de la vésicule). Ectomie. Guérison.

PERFORATIONS DE CHOLÉCYSTITES AIGUES

OBSERVATION X

Von ARX. — *Über Gallenblasen raptur in die freie Bauchhöhle. Korrespondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, 1902, nos 19 et 20.

Femme de 48 ans. Coliques hépatiques datant du 23 mars. Le 14 mai, au niveau de la vésicule, on sent une tumeur dure, bien limitée, s'étendant presque sous l'ombilic. Le 15, au soir, à la suite d'efforts de défécation exagérés, celle-ci disparaît : douleurs, vomissements, météorisme, etc. Vingt heures après, laparotomie médiane. Anses intestinales fortement dilatées et légèrement adhérentes, recouvertes de bile muqueuse et de dépôt fibrineux. Vésicule libre, épaissie, présentant au niveau du col une vaste déchirure avec bords nécrosés correspondant à un calcul du volume d'une noix. Incision du fond de la vésicule et ablation du calcul. Suture des bords de la perforation. Lavage du péritoine au sérum chaud. Drainage de la vésicule et mèche de gaze iodoformée à sa surface inférieure. Guérison rapide.

OBSERVATION XI

BALDWIN (de Colombus, Ohio). — *In Moynihan gallstones and their surgical treatment*, 1905. Saunder.

Homme, 54 ans. Coliques hépatiques anciennes. L'attaque actuelle a débuté la veille au matin par des douleurs très violentes. A l'examen, pouls à 120. Température au-dessus de 39°; mauvais aspect général, la moitié gauche de l'abdomen est extrêmement sensible. Pas de péristaltisme. Tympanisme considérable. Opération immédiate. Incision du bord sur la vésicule biliaire, la cavité abdominale est entièrement remplie de bile, qui provient de la vésicule rupturée. Libération d'anciennes adhérences, large ouverture de la vésicule et ablation de six calculs. Introduction

d'un drain dans la vésicule pour le drainage. Mèche de gaze tout autour. Fermeture partielle de l'incision. Malade couché sur son côté droit. Guérison.

OBSERVATION XII

BRUNNER. — Erfahrungen auf dem Gebiete der Chirurgie der Gallenwege.
Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerzte, 1909, XXXIX, n° 9, obs. XXXIII.

Femme de 50 ans, souffrant déjà depuis longtemps de douleurs d'estomac. Dans la nuit qui a précédé son entrée, elle a souffert de violentes coliques. Pouls à 80. Température, 39°9. Le ventre n'est pas ballonné. On pense donc à de simples coliques hépatiques. Le lendemain, le pouls est à 116. La température de 38°3. L'abdomen est météorisé. Il existe des signes de perforation évidente.

A la laparotomie, on trouve l'abdomen plein de bile, la vésicule est remplie de calculs, perforée. On l'extirpe. Lavage de l'abdomen. Drainage. La malade se relève d'abord bien. La température baisse. Le pouls revient à 90. Le troisième jour, la température est à 36°8. Expulsion de gaz. Mais bientôt l'état s'aggrave. Mort le cinquième jour. A l'autopsie, pas d'exsudats. Intestin distendu.

OBSERVATION XIII

ERDMANN. — Primary typhoidal perforation of the gall bladder.
Annals of Surgery, juin 1903.

Femme de 46 ans, fièvre typhoïde grave avec phlébite et deux poussées de cholécystite. A la sixième semaine, en pleine convalescence, survient brusquement dans la nuit une violente douleur abdominale. Douze heures après le début, la malade présente un faciès anxieux. Pouls, 120; respiration rapide, température, 102 F; abdomen assez distendu, particulièrement sensible à la partie supérieure du côté droit.

Incision sur le muscle droit, donnant issue à un flôt de

bile trouble et fluide, inodore, ne renfermant aucune particule alimentaire. Sur la vésicule biliaire, on aperçoit une perforation assez large, siégeant près du cystique et par laquelle il s'écoule de la bile. Pas d'autres modifications inflammatoires de la vésicule.

Le mésentère et l'intestin, très friables, baignent dans la bile.

Cholécystectomie facile. Ligature du cystique. Excision de la vésicule et cautérisation du moignon. Drainage avec une mèche et un drain sur la surface hépatique saignante.

Nettoyage de la cavité abdominale au sérum et avec un tampon de gaze. Fermeture de la paroi abdominale, sauf à l'endroit où sort le drain. Par l'angle inférieur de l'incision, drainage de la fosse iliaque et du pelvis. Guérison parfaite et complète en trois semaines. A l'ouverture de la vésicule biliaire, deux petits calculs. Nombreuses petites ulcérations sur la muqueuse. Les cultures de l'exsudat péritonéal et de celui de la vésicule montrèrent la présence de bacille typhique et de coli-bacille.

OBSERVATION XIV

FINCK (Karlsbad). — Rupture de la vésicule calculieuse dans la cavité péritonéale. *Prager med. Wochenschrift*, 1907, p. 665.

Malade de 54 ans, atteint de cholécystite ancienne. En ouvrant une fenêtre, il ressent une douleur épouvantable avec des symptômes immédiats de réaction péritonéale. On pense tout d'abord à une perforation appendiculaire, puis à une perforation de la vésicule. Etat général mauvais. Pouls petit et faible. Facies inquiétant.

L'opération, faite au troisième jour, confirme la dernière hypothèse. Perforation de la vésicule à son extrémité amincie. A la laparotomie, il s'écoule environ un demi-litre de bile claire, drainage et tamponnement. L'état grave du malade et la situation haute de la vésicule contre-indiquaient une cholécystectomie.

Ablation du tampon au cinquième jour, du drain au onzième jour; fermeture de la fistule biliaire au vingt-neuvième jour. Guérison.

OBSERVATION XV

HALLET. — Des perforations spontanées de la vésicule biliaire calculeuse dans la cavité péritonéale libre. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1904, p. 824.

OBS. I. — Femme, 45 ans, présentant depuis la veille, dans la région vésiculaire, des douleurs accompagnées de vomissements et d'un léger ictère. A l'entrée (27 juin 1902), facies abdominal avec léger ictère; langue humide, saburrale. Pouls à 100, assez faible; température, 38°, ventre ballonné, douloureux un peu partout, surtout au niveau de la vésicule. Ni selles, ni gaz. Urines un peu ictériques.

Opération dans la matinée. Incision paramédiane, anses intestinales, dilatées, congestionnées, baignées dans un liquide bilieux et recouvertes en parties par des exsudats fibrineux de plus en plus nombreux au fur et à mesure qu'on approche de la vésicule. Entre celle-ci et le côlon transverse, on trouve quatre petits calculs. A la face inférieure de la vésicule, orifice arrondi de la grosseur d'une pièce d'un centime, laissant écouler de la bile trouble.

La perforation est agrandie; extraction de nombreux calculs. Lavage du péritoine avec la solution physiologique, jusqu'à ce que le liquide revienne clair; cholécystostomie, drainage et tamponnement de la région sous-hépatique.

La température se maintient à 38° pendant quatre jours. Le pouls à 100-120. Mais bientôt, on note une amélioration rapide. Guérison.

OBSERVATION XVI

HALLET. — *Loc. cit.*, obs. II.

OBS. II. — Femme, 50 ans, nombreuses coliques hépatiques antérieures. Le 17 juin 1903, nouvel accès calmé un

peu par la morphine. Le lendemain matin, la malade a un facies altéré; elle dit que les douleurs sont plus aiguës que d'habitude, mais pas de réaction péritonéale : pouls à 100. Température, 37°. Pas de vomissements, une selle normale.

Trois heures après, signes de péritonite évidente avec vomissements; pouls à 120, assez faible. Température en dessous de la normale, ventre légèrement distendu et douleur étendue à toute la région sous-hépatique. Défense musculaire assez marquée. Ictère très léger.

Opération d'urgence. Incision le long du bord externe du droit. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité de liquide bilieux, jaune, limpide. Vésicule fortement distendue, à son sommet, petite perforation entourée d'une zone de nécrose et formée par l'angle d'un calcul. La perforation est agrandie et de nombreux calculs retirés. Suture de la vésicule à la paroi abdominale. Nettoyage du péritoine aux tampons de gaze sèche. Deux drains dans le cholécyste; une mèche à sa face inférieure. Suture de l'incision abdominale. Suites très simples; fermeture rapide de la fistule. Guérison.

OBSERVATION XVII

HÄRTIG. — Beitrage zur perforation und Nekrose der Gallenblase.
Beitrage z. klin. Chirurgie, 1910, t. LXVIII.

OBS. I. — Femme de 42 ans, ayant présenté, quatre jours après son dernier accouchement, des vomissements et des crampes d'estomac très douloureuses, qui remontent actuellement à quatre jours. Ventre très douloureux et ballonné. Pouls à demi perceptible et très rapide.

Première opération. — Incision médiane sous-ombilicale, ascite bilieuse considérable. Intestin fortement coloré et injecté : évacuation de la sérosité. Drainage hypogastrique de la cavité abdominale.

Nouvelle incision au niveau de la vésicule biliaire à travers le muscle droit. Ecoulement d'une grande quantité de bile venant de la région lombaire. Au fond de la vésicule,

perforation de la largeur d'une pièce de cinquante centimètres. Agrandissement de cette perforation. Extraction des calculs et drainage de la vésicule, qui a été fixée à la paroi. Guérison lente et difficile.

Le malade sort de l'hôpital deux mois après l'intervention, sa fistule biliaire fermée. Mais quelques jours après, douleur très vive à droite. Collapsus rapide.

Deuxième opération. — Réouverture de l'ancienne cicatrice dans l'hypochondre droit. Abscès péricholécystique dû à une nouvelle perforation de la vésicule biliaire. Il s'écoule en grande quantité de la bile et du pus. La paroi de la vésicule est méconnue. On ne sent nulle part de calculs.

Drainage de la vésicule. Tamponnement. Suture partielle de la paroi. Mort subite deux jours après, sans d'autres signes de péritonite, que des vomissements. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XVIII

HARTIG. — *Loc. cit.*, obs. II.

Obs. II. — Homme de 62 ans, souffrant depuis un an et demi de douleurs vagues dans le flanc droit. A la suite d'un travail pénible, il prend une crise violente qu'on attribue à une appendicite; température, 38°2; pouls, 102; défense musculaire à droite de l'abdomen; matité au niveau de la fosse iliaque; pas d'ictère.

Opération. — Incision paramédiane. Dans le péritoine, grande quantité de liquide bilieux. Appendice normal, perforation de la vésicule au niveau d'un gros calcul de 2 centimètres de diamètre; drainage de la vésicule et mèche au-dessous. Par ailleurs, fermeture de la paroi. Toute fistule est guérie au vingt et unième jour. Pas de cholécystectomie secondaire.

OBSERVATION XIX

HARTIG. — *Loc. cit.*, obs. III.

Obs. III. — Femme de 53 ans; appendicite il y a cinq ans. Actuellement, signes de péritonite datant de six jours.

A l'entrée (18 décembre 1909), pouls très rapide; température, 38°2. Tout le ventre est douloureux dans toute son étendue, mais surtout à droite.

Opération immédiate. Incision paramédiane, donnant issue à de la bile, qui s'échappe par une perforation lenticuleuse. A l'entrée, signes de péritonite par perforation. et on retire trois calculs. Cholécystectomie et drainage au contact de la vésicule par une autre incision. Drainage et tamponnement du Douglas. Mort dans la nuit, de collapsus. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XX

HIRSCHEL. — Operative Therapie der akuten diffusen estringen Peritonites. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1907, t. LVI, p. 272.

OBS. I. — Femme de 27 ans, souffre depuis deux jours de violentes douleurs dans l'hypogastre droit et de vomissements. A l'entrée, signes de péritonite par perforation. Pouls rapide et petit. Température, 39°3. Ventre météorisé avec contracture exagérée.

A la laparotomie, exsudat purulent abondant de couleur verte, avec grosse poche purulente au niveau du hile du foie. Au fond de la vésicule, perforation de la grosseur d'une framboise. Dans la vésicule, plusieurs gros calculs.

Drainage de la vésicule. Lavage avec une abondante quantité de sérum. Contre-ouverture. Drainage et tamponnement Mort vingt-quatre heures après.

OBSERVATION XXI

HIRSCHEL. — *Loc. cit.*, obs. III.

OBS. III. — Homme de 57 ans. Depuis quatre jours, vomissements et violentes douleurs abdominales. Signes de péritonite. Pouls à 120. Ventre modérément ballonné et fortement tendu. A l'ouverture de l'abdomen, abondante sérosité biliaire de couleur verte; distension de l'intestin, qui est couvert de dépôts fibrineux abondants. Près du col

de la vésicule, nécrose et perforation du volume d'une pièce de 10 pfennigs. Dans la vésicule, un seul calcul, de la grosseur d'une noisette. Il y avait encore dans la vésicule plusieurs petites ulcérations. C'est par pression que le calcul avait déterminé la perforation, ainsi qu'on put s'en rendre compte à l'autopsie.

A cause du mauvais état du malade, pas d'ectomie, mais seulement drainage de la vésicule. Lavage de la cavité abdominale, drainage et tamponnement. Au début, très bon état. Mais au onzième jour, gangrène pulmonaire. Mort.

OBSERVATION XXII

HIRSCHEL. — *Münchener medicin. Wochenschr.*, 12 avril 1910, n° 15.

Femme de 59 ans, souffrant depuis plusieurs années de coliques hépatiques. Elle arrive presque agonisante avec le diagnostic de perforation de la vésicule avec péritonite diffuse.

A cause du mauvais état, suture rapide de l'orifice de perforation. Ablation de l'exsudat et répartissement de l'huile dans la cavité abdominale.

Contre toute attente, l'état de la malade se relève au deuxième jour, le pouls descend de 140 à 96 et la température de 39°7 à 37°7. Le pronostic devient meilleur, une injection de sérum adrénalisé faite après l'opération eut un très bon effet. Au sixième jour, mort avec signes de pneumonie.

A l'autopsie, très bon état abdominal, pas de pus ni d'abcès. La mort était due à une pneumonie.

OBSERVATION XXIII

HOCHENEGG. — Ein Fall Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle. *Wiener Klinisch Wochenschrift*, 1899, n° 21, p. 565.

Une femme de 45 ans présente depuis douze heures des accidents d'occlusion intestinale : on pratique la laparotomie sous-ombilicale et l'on tombe sur le côlon transverse

distendu et prolabé. La plaie agrandie on essaye de le dégager et pendant ces manœuvres on voit sourdre de la partie supérieure de l'abdomen deux litres environ de sérosité jaune verdâtre, on se dirige alors vers la vésicule et on constate vers son milieu une fente de 1 centimètre de long, un demi-centimètre de large, en partie obstruée par un calcul noirâtre. Incision du fond de la vésicule; extraction de sept calculs; suture de la perforation avec excision de ses bords. Cholécystostomie; guérison.

OBSERVATION XXIV

JABOULAY. *In* Rivière. — Cholécystite calculeuse. Rupture de la vésicule biliaire. Communication à la Société de médecine. *In Lyon médical*, 1903, II, p. 826.

Homme de 66 ans, ayant eu, dans le courant de l'année, deux ou trois coliques passagères. Jamais d'ictère. Il y a trois jours, douleurs brusques très vives dans l'abdomen, bientôt suivies de signes de réaction péritonéale.

A l'entrée, ballonnement énorme, dyspnée, température, 39°5.

Intervention d'urgence. Laparotomie latérale qui donne issue à une grande quantité de liquide nettement biliaire. Par l'orifice de perforation de la vésicule, on extrait un gros calcul, cholécystostomie. Drainage de la cavité péritonéale.

A la suite de l'intervention, la température baisse, mais le malade continue à vomir et il meurt trois jours après.

OBSERVATION XXV

JENCKEL. — Beitrag zur Chirurgie die Leber und der Gallenwege. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1909, t. CII, p. 337, obs. VII.

OBS. VII. — Femme de 45 ans, ayant une bonne santé antérieure. Le 9 août 1905, elle fut prise de douleurs violentes dans le ventre, de vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Température, 39°. Pouls à 140. Léger ictère, bal-

lonnement de l'abdomen qui est douloureux à la pression, surtout à droite.

Laparotomie médiane le 12 août. Péritonite diffuse avec bile dans l'abdomen. Incision au niveau de la vésicule, qui présente à sa pointe une petite perforation. Tamponnement simple, à cause du mauvais état de la malade. Mort le lendemain.

OBSERVATION XXVI

KEHR. — Drei Jahre Gallenstein Chirurgie. 1908, p. 186, obs. CCXCI.

G..., commerçant à Bielefeld, péritonite par perforation de la vésicule. Intervention. Mort.

OBSERVATION XXVII

KÖNIG. — Über die durch spontan Ruptur der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle. *Deuts. med. Wochenschrift*, 1902, n° 7.

Femme de 70 ans, jusque-là bien portante. Brusquement, douleurs abdominales intenses accompagnées de vomissements, arrêt des selles et des gaz, ballonnement, sensibilité et apparition à droite de l'ombilic d'une tumeur douloureuse de la grosseur du poing. Diagnostic : invagination intestinale.

Laparotomie médiane : anses intestinales rouges, baignées par un liquide bilieux, avec par places des caillots sanguins; on trouve au milieu d'elles plusieurs gros calculs. Vésicule très dilatée, épaissie, présentant un peu au-dessus du fond une perforation bouchée par un calcul.

Incision perpendiculaire à la première à travers le muscle droit. Plusieurs calculs dans la vésicule. Canaux biliaires libres. Cholécystectomie. Nettoyage du péritoine; libération d'adhérences anciennes qui couvrent le colon. Fermeture complète de l'abdomen. Léger ictère le deuxième jour après l'opération. Guérison complète après trois semaines.

OBSERVATION XVIII

KÖRTE. -- Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber.
Berlin, 1905, obs. CV, p. 110.

Homme, 56 ans, coliques hépatiques fréquentes dans ces dix derniers mois. Il y a trois semaines, crise violente avec vomissements et grosse tuméfaction dans l'hypocondre, prise pour une tumeur du rein. Constipation. Le malade est envoyé avec le diagnostic d'occlusion intestinale par tumeur du rein.

A l'examen (15 mai 1902) pouls à 120. Température, 36,9. Ballonnement du ventre. Constipation. Résistance dans la région vésiculaire.

Opération immédiate. Laparotomie sur le bord latéral du droit. La cavité péritonéale renferme une exsudation séropurulente. La vésicule remplie de pus renferme un gros calcul dans un diverticule, à l'entrée du cystique : elle est ulcérée et perforée en plusieurs endroits. Résection. Lavage du péritoine avec du sérum chaud. Tamponnement, suture partielle de la paroi. A la suite de l'intervention, le malade expulse des gaz. Trois jours après, il va à la selle. Guérison malgré l'apparition d'une bronchite.

OBSERVATION XXIX

KÖRTE. — *Loc. cit.*, obs. III, p. 386.

Femme de 37 ans, souffrant de coliques hépatiques depuis un an. Actuellement, crises fréquentes. Jamais d'ictère. A l'examen, température, 38°2; ventre ballonné, douloureux, surtout au niveau de la région hépatique.

A l'opération (1^{er} octobre 1900), Brentano trouve, dans le ventre une quantité de bile. La vésicule est rétractée et il est impossible de découvrir le siège de la perforation. Dans le fond, elle renferme un calcul. Il en reste un autre à l'entrée du cystique; les voies principales sont libres.

Cholécystostomie et tamponnement des voies biliaires

principales. Dans la convalescence, exsudation légère au niveau de la plèvre droite Guérison.

L'ensemencement de la bile est resté stérile.

OBSERVATION XXX

KÖRTE. — Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenwegen.
Archiv. für klin. Chir., 1909, LXXXIX, p. 32, obs. XIX.

Femme de 30 ans, se plaignant depuis des années de coliques hépatiques. Le 1^{er} novembre 1908, elle a pris une nouvelle crise. Trois jours après, son état s'est aggravé : douleurs abdominales diffuses, vomissements. La vésicule qu'on sentait très bien n'est plus perceptible. Ballonnement.

Opération le 5 novembre 1908. Incision sur le bord droit. La cavité péritonéale est remplie d'une exsudation séreuse. La vésicule très enflammée présente une perforation de sa pointe. Calcul à l'entrée du cystique. Ectomie avec suture du cystique. Drainage de la cavité abdominale avec des compresses. Guérison (abcès de la paroi consécutif).

OBSERVATION XXXI

KÖRTE. — *Loc. cit.*, obs. XX.

Femme de 72 ans, entrée le 6 décembre 1906, avec des douleurs violentes dans le ventre et des vomissements. A droite, hernie irréductible.

Intervention immédiate (Ruge). Dans la région crurale, il n'y a qu'un kyste sacculaire. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le péritoine est rouge. On agrandit l'incision par le haut et on sectionne le muscle droit. La vésicule est perforée; elle renferme plusieurs calculs. Cholécystostomie. Lavage et drainage du péritoine. Guérison avec une fistule biliaire. Ectomie secondaire deux mois plus tard. Guérison.

OBSERVATION XXXII

KÖRTE. — *Loc. cit.*, obs. XXIV.

Femme de 63 ans, entrée avec des signes de péritonite.

Opération le 9 avril. Liquide séro-purulent dans l'abdomen. Perforation de la vésicule. Ectomie. Drainage. Mort.

OBSERVATION XXXIII

KÖRTE. — *Loc. cit.*, obs. XXIII.

Homme de 30 ans, entré il y a dix jours en médecine pour des coliques hépatiques. Aggravation depuis cinq jours.

Depuis la veille, signes de péritonite. A l'examen, état de septicémie très prononcé. Pouls petit. Température, 38°5; ventre ballonné, ictère, albumine.

Laparotomie. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XXXIV

KÖRTE. — *Loc. cit.*, obs. XXV.

Femme de 56 ans, entrée le 22 octobre 1908, avec des signes de péritonite. Etat général très précaire.

Simple incision de l'abdomen, qui renferme deux litres de bile et de pus provenant de la vésicule qui est perforée.

Mort le 18 novembre.

OBSERVATION XXXV

KUMMEL. *In* Goldammer. — *Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege. Beitrag zur klin. Chir.*, 1907, I. LV, p. 58, obs. VI.

S... K., 57 ans. Coliques hépatiques anciennes. Depuis cinq ans, la malade n'a eu qu'un accès qui ait duré plusieurs jours.

Le 24 novembre 1902, crise violente. Le lendemain matin, il va à la selle, puis augmentation rapide des douleurs, surtout du côté droit : ballonnement de l'abdomen, vomissements, etc.

A l'entrée (26 novembre), sensibilité abdominale très marquée, vomissements bilieux. Température, 38°; pouls, 104. Langue épaisse et sèche.

Opération immédiate. L'abdomen est rempli d'une sérosité bilieuse, vésicule calculeuse perforée au niveau du fond.

On agrandit l'orifice de la perforation; extraction des calculs. Drainage de la vésicule, tamponnement. Mort de collapsus au bout de huit heures.

OBSERVATION XXXVI

KUMMEL. — *Loc. cit.*, p. 60.

Femme icterique amenée en état de collapsus avec le diagnostic d'iléus. Vomissements depuis trois jours. Suppression des selles et des gaz. Hernie crurale gauche irréductible.

A l'incision du sac, on ne trouve que de la sérosité bilieuse avec des exsudats. Laparotomie au niveau de la vésicule à l'ouverture de laquelle il s'écoule du pus, de la bile et des calculs.

Lavage du péritoine. Drainage. Mort au bout de quelques jours.

OBSERVATION XXXVII

KUMMEL. — *Loc. cit.*, p. 137, obs. CVI.

Femme, 50 ans. Douleurs gastriques depuis six mois. Grosse tumeur de l'hypocondre prise pour un kyste de l'ovaire.

Examen sous anesthésie. Deux jours après, douleurs abdominales violentes, vomissements, météorisme. Pouls petit et rapide.

Opération : péritonite par perforation d'un empyème de la vésicule. La cavité péritonéale renferme du pus et de la bile en grande quantité. Nombreux calculs. Mort.

OBSERVATION XXXVIII

KUSTER. — 16^e Congress der deutsch. Gesellschaft f. Chir., 1897.

Femme, 57 ans, ayant eu à plusieurs reprises des coliques hépatiques. Signes de péritonite datant de quarante-huit heures.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; grande quantité

de bile au milieu des anses intestinales dilatées et enflammées.

La vésicule, peu volumineuse, porte une petite perforation en partie obstruée par un calcul. Agrandissement de la perforation. Ablation du calcul. Excision de la portion ulcérée et fermeture de la vésicule au catgut. Nettoyage soigné du péritoine qui était seulement injecté avec par-ci par-là des dépôts fibrineux; fermeture de l'abdomen.

Aggravation des phénomènes péritonéaux et mort vingt-quatre heures après.

OBSERVATION XXXIX

LECÈNE. — Observation communiquée à Cotte et Arnaud.

Femme de 62 ans, lithiasique depuis quinze ans environ, fut prise brusquement le 22 septembre 1910 d'une très vive douleur dans la région du foie, avec température à 39°4, vomissements, etc.

Trois jours après, on la ramène à Paris. A ce moment, l'examen révèle les particularités suivantes : température, 38°5; pouls à 120, urines rares. Ventre partout très douloureux, mais plus sensible à droite au niveau de la région vésiculaire, défense de la paroi; absence de selles et de gaz depuis vingt-quatre heures, vomissements bilieux. Langue sèche.

Trois jours plus tard, l'état général s'aggravant, le chirurgien intervient. Anesthésie à l'éther; incision pararectale. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'une grande quantité de pus verdâtre, bien lié, sans odeur; ce pus est libre au-devant du foie et du côlon transverse; la vésicule ne présente pas d'adhérences avec les organes voisins. Au niveau du bassin, elle présente une perforation de la largeur d'une pièce de cinquante centimes; à l'intérieur, on voit un calcul de la grosseur d'une noisette.

On ouvre le fond de la vésicule pour enlever celui-ci, mais au moment où on va le saisir, il s'échappe par la perforation. La recherche dans le péritoine reste négative. Drai-

nage de la vésicule et tamponnement sous-hépatique. Suites immédiates simples. La température redescend à 37°8, mais pas au-dessous.

Au début de novembre, la malade reprend des frissons, de la fièvre et des vomissements. Comme il existe du subic-tère, on pense à une lithiasé de la voie principale et le 9, on intervient à nouveau. Cholécystectomie et ouverture d'un abcès siégeant au niveau de l'hiatus de Winslow, dans lequel on retrouve le calcul qui s'était échappé à la première intervention. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XL

MAIRE. — Deux cas de rupture spontanée de la vésicule biliaire. Congrès français de chirurgie, 1907, p. 308, obs. II.

Homme de 36 ans, souffrant de l'estomac depuis vingt-cinq ans. Cholécystite calculeuse; ictère, pas de température.

Intervention le 1^{er} juillet 1906. Deux litres de bile dans le péritoine.

Rupture de la vésicule biliaire. Cholécystectomie. Hépatique libre. Calcul de l'ampoule assez facile à extraire. Drainage de l'hépatique. Suture de la paroi. Pas de drainage de la cavité péritonéale.

Mort le cinquième jour. A l'autopsie, on trouve trois litres de bile dans l'abdomen.

OBSERVATION XLI

MARWEDEL. In Merk. — Beitrage zur Pathologie und Chirurgie der Gallensteine. *Mitteilungen der Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie*, 1902, IX, p. 582.

Femme de 27 ans. Début il y a deux jours, par des vomissements et des douleurs; température, 39°3. A l'examen, pouls petit, 120-130. Dyspnée; abdomen douloureux surtout à droite; météorisme.

Opération (Marwedel), 7 août 1900. Incision au niveau

de l'appendice, qui est normal. Le péritoine est rempli de pus et de bile. On remonte vers la région vésiculaire et on trouve sur la vésicule une perforation. Nombreux calculs. Drainage. Mort le soir de l'intervention.

OBSERVATION XLII

MERIWETHER. — Perforation and ruptur of gall bladder. *New-York medical Journal*, 1910, XCI, p. 337, obs. I.

Femme de 62 ans, coliques hépatiques antérieures, jamais d'ictère. Dernière crise apparue brusquement : douleurs, nausées, vomissements légers, pouls à 80. Température, 96° F.

Les jours suivants, le pouls se précipite et atteint bientôt 120. On constate alors de la douleur dans la région de la vésicule, du tympanisme. Disparition de la matité hépatique, vomissements poiracés; urines rares.

Diagnostic : péritonite par perforation. Opération d'urgence. A la partie moyenne de la face postérieure de la vésicule, on trouve une perforation à l'emporte-pièce. La vésicule est vide. Dans le péritoine, plusieurs onces de liquide trouble : quelques exsudats fibrineux et sept petits calculs. La vésicule est isolée du reste de l'abdomen avec des mèches de gaze; on introduit un drain dans la perforation. Toute fistule a disparu en cinq semaines. D'après l'auteur, les calculs accumulés dans un diverticule de la vésicule qu'ils comprimaient ont déterminé le sphacèle et la perforation de l'organe.

OBSERVATION XLIII

MERIWETHER. — *Loc. cit.*, obs. II.

Homme de 83 ans, ayant eu de fréquentes coliques hépatiques avec ictère. Au moment où Meriwether le voit, il est depuis cinq jours en pleine péritonite. Ictère foncé, surtout au niveau de l'ombilic. Pouls, 140.

A l'intervention, on trouve une perforation de la paroi

supérieure de la vésicule, de la largeur d'un demi-dollar avec tendance à l'enkystement; 7 à 8 onces de bile dans le péritoine. Le foie est littéralement criblé de petits calculs, comme si la vésicule avait explosé; celle-ci en contient encore un grand nombre. Le cholédoque renferme un calcul de gros volume; il y en a plusieurs dans le péritoine.

Drainage au tube et à la gaze. Mort d'épuisement au quatrième jour.

OBSERVATION XLIV

Von MOSETIG-MOORHOF. — Beitrage zur Casuistik der abdominal Chirurgie. Spontan Perforation der Gallenblase. *Wiener medizinische Presse*, 16 février 1902, p. 306.

Malade présentant des accidents simulant une appendicite.

A l'opération, l'appendice est sain; en soulevant l'épiploon, il s'échappe du liquide ascitique mêlé de pus et un calcul de la grosseur d'une noisette. La vésicule était perforée sur la face inférieure et un autre calcul engagé dans la perforation. Dans la vésicule, il y avait encore cinq calculs. Cholécystostomie. Guérison.

OBSERVATION XLV

NECK. — *Loc. cit.*, obs. I.

Femme de 53 ans, présentant depuis trois jours des signes de péritonite. Au niveau de l'ombilic, il existe une petite hernie douloureuse et tendue qui fait porter le diagnostic de péritonite consécutive à une hernie ombilicale étranglée.

Incision médiane. Rien à l'ombilic. De l'hypocondre droit, il s'écoule une grande quantité de liquide muco-purulent. L'intestin est rouge et fortement dilaté.

Alors, incision parallèle au rebord costal. La vésicule sans adhérences présente à son sommet une perforation de la grosseur d'un pois. Toilette du péritoine. Agrandissement

de la perforation, qui permet de retirer douze calculs de la vésicule. On place ensuite un drain dans la vésicule, qu'on isole avec des mèches de gaze.

Suture complète de l'incision médiane. L'autre est laissée tout à fait ouverte. Guérison.

OBSERVATION XLVI

O.-P. NEWBOLT. — A Case of perforated gall bladder and perforated gastric ulcer. *The Lancet*, 31 mai, in Moynihan, 1902, t. I, p. 1534.

Femme de 48 ans, ayant eu des coliques hépatiques antérieures. Depuis une semaine, troubles gastriques. Il y a deux jours, brusquement, violente douleur syncopale, à l'ombilic.

Trois heures après, pouls à 110, faible et sans tension. Abdomen douloureux, non distendu, mais d'une dureté ligneuse. Persistance de la matité hépatique. Température, 102.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Les anses grêles baignent au milieu d'un liquide jaune, trouble. L'estomac étant sain, on prolonge l'incision en bas au-dessous de l'ombilic et on se porte dans l'hypocondre droit. On reconnaît alors que la vésicule sphacélée présente une distension considérable à sa partie inférieure, il existe un petit orifice par où s'échappe un liquide puriforme. Incision transverse du ventre, extériorisation et ouverture large de la vésicule; ablation de six calculs, dont l'un était enclavé dans le cystique.

Résection de la partie sphacélée de la vésicule et suture complète de l'organe.

L'abdomen est complètement fermé. Drainage du flanc droit avec un drain lombaire.

Mort, le cinquième jour, avec des signes de péritonite.

OBSERVATION XLVII

NÆTZEL. — Die operative Behandlung der diffusen litrigen Peritonis.
Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 1909,
p. 701.

L'auteur, dans sa récente communication au Congrès de Chirurgie allemand dit que sur 11 cas de péritonite par perforation d'origine lithiasique, il a eu 5 guérisons et 6 morts. Les six premières opérations seules ont été publiées.

D'une façon générale, l'auteur a pratiqué l'ectomie toutes les fois qu'elle était possible et lorsque cela ne se pouvait pas il a fait un drainage de la vésicule.

OBSERVATION XLVIII

NORDMANN. — Über die chirurgische Behandlung der diffusen Peritonis.
Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir., 1909, t. II,
p. 216, obs. I.

Femme de 28 ans. Depuis six ans, coliques hépatiques; dernière attaque il y a une semaine. Depuis, douleurs abdominales.

A l'examen : température, 36°7. Pouls, 108. Ventre tendu et douloureux. Résistance dans la région cæcale.

Opération le 24 décembre 1906. Incision basse et droite. Il s'écoule de la sérosité teintée par la bile. Drain et mèche. Tout d'abord, bonne évolution. Le 16 janvier, collapsus et aggravation. Nouvelle opération. Des incisions multiples montrent la présence de bile partout dans la cavité abdominale. Drainage de tous les côtés. L'état de collapsus grave rend impossible toute opération plus complète. Guérison.

OBSERVATION XLIX

NORDMANN. -- *Loc. cit.*, obs. II.

Femme de 21 ans. Depuis deux ans, coliques hépatiques;

dernière crise, il y a dix jours. Depuis la nuit dernière, fortes douleurs abdominales et vomissements.

À l'examen : température, 37°7, pouls, 116. Paroi abdominale tendue et de consistance ligneuse, partout très douloureuse surtout à droite.

Opération le 29 novembre 1907. La cavité abdominale est remplie d'un exsudat bilieux. La vésicule très tendue présente dans ses parois de nombreux petits abcès dont un est nettement perforé. La muqueuse est ulcérée et il existe, d'autre part, à son intérieur, une quinzaine de petits calculs.

Cholécystectomie avec drainage du cholédoque. Lavage et tamponnement de la loge hépatique. Suture de la paroi abdominale. Guérison. Les cultures bactériologiques pratiquées ont démontré l'existence du *bacterium coli*.

OBSERVATION L

RIEDEL. — *Loc. cit.*, obs. I.

Femme de 74 ans, entrée le 17 avril 1906. Depuis trente-six heures, elle se plaint de vives douleurs dans la région de l'estomac. Pas de fièvre, ni de vomissements. Le ventre est ballonné et le côté droit douloureux, comme dans une appendicite : température, 36°3; pouls fréquent, moyennement fort; langue sèche; pas de tumeur perceptible.

Opération immédiate. Une incision en croix droite et basse laisse écouler de la bile trouble épanchée dans l'abdomen. Dans ces conditions, on prolonge l'incision vers le haut. On reconnaît ainsi une perforation de la grosseur d'une framboise sur le fond de la vésicule. Un seul gros calcul dans le col. Ablation de la vésicule. Nettoyage de l'abdomen. Mort le soir de péritonite généralisée.

OBSERVATION LI

RIEDEL. — *Loc. cit.*, obs. II.

Femme de 55 ans, présentant depuis huit ans des colli-

ques sans ictère. Subitement, le 20 décembre dernier, elle a été prise de vomissements et de douleurs abdominales violentes que leur localisation en bas et à droite avait fait attribuer à une appendicite. Le soir, 38°; pouls, 110. Ventre fortement météorisé.

Opération le septième jour. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 500 grammes d'une sérosité mélangée de gaz, jaune, purulente, située autour du foie. Vésicule perforée au niveau du fond. Nombreux calculs à son intérieur, parmi lesquels un calcul oblitérant le col. Cholécystectomie. Drainage lombaire juxta-rénal. Le soir, température, 36°5, pouls, 100, misérable. Mort le lendemain matin.

OBSERVATION LII

ROERSCH. — Note sur trois cas de perforation des voies biliaires.
Annales de la Soc. médico-chir. de Liège, 1904, n° 2.

Malade de 67 ans. Jamais de signe de cholélithiase. Au cours d'une grippe légère, apparition soudaine d'une douleur violente dans le ventre, qui s'irradie ensuite vers la fosse iliaque; nausées, pas de vomissements; défense musculaire dans toute la moitié droite de l'abdomen.

Le lendemain matin : ventre ballonné, tendu, douloureux; signes d'obstruction intestinale.

Opération dans la matinée. Anses intestinales régulièrement dilatées : une compresse est retirée tachée de bile. Incision prolongée vers le haut. Vésicule petite, recroquevillée, largement déchirée; un volumineux calcul dans la déchirure.

Toilette du péritoine. Drainage de la vésicule et de la région sous-hépatique, mais aggravation et mort vingt heures après l'opération.

OBSERVATION LIII

SCHORNBORN. In Naunyn. — *Klinik der Cholelithiasis*, p. 83.

Femme de 50 ans, souffre depuis plusieurs mois de coliques hépatiques avec ictère. Dans une crise, la douleur

habituelle disparaît brusquement; cette disparition s'accompagne de collapsus; douleur diffuse de l'abdomen. Quelques heures après, vomissements et ballonnement; apparition rapide d'un épanchement.

Intervention au troisième jour : incision médiane de l'ombilic à la symphyse, écoulement d'une grande quantité de pus liquide et faiblement coloré par la bile.

Drainage de la cavité abdominale. Huit ans plus tard, le malade était encore en excellent état. Aucun autre accident de lithiasé.

OBSERVATION LIV

MAX STRAETTER. — Traitement opératoire de la lithiasé biliaire. Deuxième Congrès international de Chirurgie, Bruxelles, 1908, p. 103, obs. I.

Femme de 63 ans, lithiasique. Depuis la dernière crise, qui remonte à quatre semaines, la vésicule augmentée de volume est perceptible à la palpation. Jamais d'ictère. Le 21 octobre 1906, en pleine santé, nouvelle attaque douloureuse beaucoup plus vive que les précédentes. D'abord localisées à droite, les douleurs s'étendent bientôt à tout l'abdomen. Ni selles, ni gaz. Cinq jours après le début, mine abattue, langue sèche. Pouls petit, 112-116; ictère modéré. Abdomen moyennement ballonné. Région vésiculaire très sensible à la pression. Forte défense musculaire. Température, 37°8. Diagnostic : péritonite d'origine biliaire en voie de diffusion.

Laparotomie le lendemain matin. Incision médiane laissant écouler une grande quantité de bile. L'intestin est injecté. A droite, section transversale du muscle droit. Il s'écoule de la région vésiculaire une grande quantité de bile plus liquide. La vésicule est noyée dans des adhérences, mais on ne voit pas l'orifice de perforation.

L'organe est rempli de calculs (200 environ). On ne sent pas de calculs ailleurs dans les voies biliaires. Suture de la

vésicule au péritoine pariétal; tamponnement sous-hépatique; drain dans la vésicule. Par ailleurs, suture de la paroi. Suites opératoires bonnes. Guérison rapide.

OBSERVATION LV

THIEL. — Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle. *Centralblatt f. Chir.*, 1904, n° 10.

Femme de 58 ans. Coliques hépatiques antérieures.

Le 12 décembre, dans l'après-midi, fortes coliques sans vomissements. Au niveau de la vésicule, zone résistante, très douloureuse à la pression. Ces douleurs persistent jusqu'au lendemain avec les mêmes caractères. A ce moment, elles prennent brusquement un caractère plus aigu et la température s'élève à 40°6.

Le 14, à midi, teint févreux, légèrement ictérique, langue sèche, tendance aux vomissements, pas de hoquet; température à 40°, pouls à 116, petit, irrégulier, dépressible. Hypocondre droit très sensible; urines ictériques.

Diagnostic : cholécystite purulente.

Opération le 15^e: incision parallèle au rebord costal droit et à deux travers de doigt en dessous. Anses intestinales rouges, fortement dilatées. On enlève l'appendice très enflammé, couvert de fausses membranes et dont l'extrémité venait adhérer à la face inférieure du foie.

Vésicule fortement ratatinée. Au niveau de son fond, perforation arrondie d'environ un centimètre de diamètre bouchée par un calcul.

Ablation aussi complète que possible du pus qui baigne le foie et l'intestin. Tamponnement autour de la vésicule. Agrandissement de la perforation, par laquelle on retire un gros calcul, puis on installe un drain. Vésicule épaisse, mais très friable. Amélioration rapide. Ablation du drain vésiculaire après trois semaines. Fermeture rapide de la fistule. D'après l'auteur, l'intervention aurait eu lieu ici quarante-huit heures après la perforation.

OBSERVATION LVI

TORRANCE. — Reports of two cases of ruptured gall bladder. *The Boston med. und surg. Journ.*, 30 juillet 1908, n° 5, p. 144.

Homme de 58 ans, à passé gastrique très chargé, chez lequel apparurent brusquement tous les signes d'un ulcère gastrique ou duodénal perforé.

Opération pratiquée quatre heures après. Il s'agissait d'une perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre.

Gastro-entérostomie; cholécystectomie et appendicectomie. Lavage de l'abdomen avec une solution salée. La position de Fowler instituée après l'opération dut être momentanément abandonnée à cause de l'effet qu'elle avait sur le pouls. Elle put ensuite être reprise. Guérison rapide sans accident.

OBSERVATION LVII

ULLMANN. — Uber die Perforation der Gallenblase in die Bauchhöhle. *Wiener mediz. Woch.*, 1899, nos 25 et 26.

Homme de 42 ans, a souffert souvent de coliques prétendues saturnines. Six jours après son entrée à l'hôpital, il a eu de nouvelles coliques avec douleur à la pression au niveau de la vésicule.

Le lendemain de son entrée, douleurs violentes et léger collapsus; ventre ballonné, résistant dans l'hypocondre droit; constipation.

Opération : quarante-huit heures après le début de cette nouvelle crise. Incision parallèle au rebord costal droit. Intestin dilaté recouvert de liquide filant. Vésicule petite, atrophiée. A sa face inférieure, perforation de la grosseur d'un noyau de cerise, dans laquelle est engagé un calcul. Pas de calcul dans le péritoine. Ectomie après ligature et suture du cystique. Drainage du péritoine et suture de la paroi; le lendemain matin, vomissements et aggravation de l'état général; réouverture, ablation du liquide collecté

dans le Douglas, et drainage dans plusieurs directions. Mort le lendemain.

La vésicule était pleine de calculs. Dans le cystique se trouvait un calcul très adhérent.

OBSERVATION LVIII

ULLMANN. — *Loc. cit.*, obs. II.

Femme de 53 ans A plusieurs reprises, depuis quatre mois et demi, elle a présenté des douleurs brusques dans l'abdomen avec vomissements bilieux. Jamais d'ictère.

Le 11 mai, nouvelle crise sans température, mais avec pouls petit et fréquent. Vomissements, collapsus. L'abdomen est ballonné, douloureux et résistant, surtout à droite.

Opération immédiate. Incision parallèle au rebord costal droit. Péritoine partout enflammé, couvert d'un liquide bilieux, filant : vésicule libre, petite et perforée : neuf calculs au milieu des anses intestinales. Nettoyage de la cavité abdominale avec des tampons. Tamponnement de la région vésiculaire et drainage du péritoine dans plusieurs directions.

Guérison complète après vingt-cinq jours.

OBSERVATION LIX

JENNER VERRAL, 1897. — Ulceration and ruptur of gall bladder. *Brit. med. Rep.*, 7 août 1897. •

Femme de 44 ans, sujette à des coliques hépatiques avec ictère.

Depuis quatre jours, elle était atteinte de vomissements et éprouvait une douleur à la partie supérieure de l'abdomen.

A l'entrée, la malade a le facies péritonéal; la langue chargée, des nausées, constipation.

Opération d'urgence : incision médiane sus et sous-ombilicale; les anses sont baignées par un liquide bilieux et re-

couvertes en partie par des exsudats fibrineux. A la face inférieure de la vésicule, on trouve un orifice arrondi d'environ un tiers de pouce de diamètre par lequel on extrait de nombreux calculs. Les canaux biliaires paraissent libres.

Suture de la vésicule rendue difficile par l'amaigrissement des parois. Lavage du péritoine. Drainage de la région vésiculaire, suture de la paroi abdominale.

Mèches et drains enlevés rapidement. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION LX

VILLARD. — *In* thèse de Bordes, obs. VII.

Aucun antécédents héréditaires. Personnellement, cette malade, âgée de 35 ans, se plaint depuis plusieurs années de douleurs gastriques après les repas ayant affecté le caractère nettement hyperchlorhydrique. Jamais d'hématémèse, ni de méléna, jamais de crises de coliques hépatiques, ni d'ictère.

Trois jours avant son entrée dans le service, elle était prise d'une douleur brusque, diffuse à tout l'abdomen. Immédiatement le ventre se ballonne, l'émission des matières et des gaz se suspend, le vomissement s'installe, d'abord alimentaire, puis bilieux.

A son entrée, le 7 juillet, cette femme se présente avec un faciès péritonéal. Le ventre est ballonné, sans grande résistance de la paroi, les muscles droits ne sont pas contractés. Pas de zone plus particulièrement mate, pas de disparition de la matité hépatique, pas de paralysie du diaphragme.

La douleur abdominale existe partout sans localisation. Pouls à 120. Température, 38°5.

Le toucher vaginal permet de constater une douleur à la pression dans le cul-de-sac postérieur.

On fait le diagnostic de péritonite de cause indéterminée, peut-être appendiculaire.

Intervention : laparotomie médiane. L'abdomen ~~est~~ transformé en une série de loges remplies de pus verdâtre. Le cul-de-sac de Douglas est également rempli. Partout la séreuse est rouge, épaissie, recouverte de fausses membranes.

Aspiration avec l'appareil de Villard et drainage à la Mickulicz.

Mort au bout de trente-six heures, cinq jours après l'accident.

Autopsie : en retirant le tamponnement, on donne issue à du pus teinté par la bile. Perforation de la vésicule biliaire qui contient un calcul volumineux. Les bords de l'ulcération sont irréguliers, amincis. La vésicule apparaît partout ailleurs avec des parois épaisses. La muqueuse est villeuse, petites hémorragies sous-muqueuses.

Le cholédoque est absolument libre. Rien à l'appendice.

OBSERVATION LXI

WEIGEL. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 23 août 1903, p. 71.

Homme de 45 ans, ayant souffert de coliques hépatiques. Le 23 août, à 3 heures de l'après-midi, le patient, qui souffrait légèrement depuis la veille, ressentit brusquement une déchirure dans le côté droit. Puis les douleurs s'étendirent à tout l'abdomen. Le pouls est petit, fréquent, à 150-160. Météorisme très intense, abdomen très sensible; surtout à droite, où on constate de la matité.

Laparatomie à 7 heures du soir. Grande quantité de sang caillé en partie frais; entre les anses intestinales, nombreux calculs biliaires. Vésicule très dilatée. A sa face supérieure, déchirure d'environ 6 centimètres de long, donnant une forte hémorragie que l'on arrête par tamponnement.

Incision du fond du cholécyste, qui est rempli de sang coagulé. Ablation de calculs de la vésicule et du cystique. Toilette du péritoine. Tamponnement à l'intérieur de la vésicule et autour d'elle. Introduction d'un drain et suture de la vésicule à la paroi. Injection intra-veineuse de sérum artificiel. Accentuation des phénomènes de péritonite et mort deux jours après.

Perforations des voies biliaires dans le péritoine libre.

OBSERVATION LXII

BRUNNER. — Erfahrungen auf dem Gebiete der Chirurgie der Gallenwege. *Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1909, XXXIX, n° 9, obs. XXIII, p. 294.

Il s'agit d'une femme de 56 ans, qui avait eu des coliques hépatiques un an auparavant. Etat général grave, péritonite.

A l'opération, on trouve l'abdomen plein de sérosité et de bile, mais on ne trouve pas le siège de la perforation.

Tamponnement, mort au bout de cinq heures.

A l'autopsie, on trouve un calcul au niveau de l'ampoule de Vater; deux calculs dans le cholédoque, la perforation siège sur l'hépatique au niveau du ligament hépato-duodénal.

OBSERVATION LXIII

KEHR. — 59 Bemerkenswerthe Operationen am Gallensystem aus den Jahren, 1907 und 1908. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1909, t. LXXXIX, p. 152.

Femme de 51 ans, entrée le 10 octobre 1908, ayant des coliques hépatiques depuis 1884. Le dernier accès date de quatorze jours, il s'est accompagné de douleurs abdominales violentes, vomissements et ictère.

Le 8 octobre au soir, après avoir éprouvé une violente douleur dans le ventre, la malade vit son abdomen se ballonner.

Frissons. Fièvre, 39°5. Pas d'arrêt des gaz. Depuis très longtemps, la malade souffre d'une constipation rebelle.

A l'examen, femme dans un état d'agitation intense; ictère léger; région vésiculaire très douloureuse, ventre ballonné, arrêt des gaz.

Opération le 11 octobre. Vésicule grosse, présentant des signes d'inflammation aiguë. L'abdomen est rempli d'une sérosité bilieuse qui sort derrière le ligament hépato-duodénal. Le péritoine postérieur et le côlon étant très enflammés, on va à la recherche de l'appendice, qui est tuméfié, mais non perforé et dont on fait la résection. Le petit bassin renferme aussi une grande quantité de bile. Drainage du petit bassin avec deux drains et deux mèches qui plongent derrière l'utérus. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique qui renferme un calcul. Au niveau de la papille duodénale, il existe encore un calcul, la perforation occupe la paroi postérieure du cholédoque et correspond à l'hiatus de Winslow.

Mort le 13 octobre.

OBSERVATION LXIV

KÖRTE. — Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenwegen.
Arch. f. klin. Chir., 1909, LXXXIX, p. 32, obs. XXII.

Femme de 51 ans, ayant eu autrefois des coliques hépatiques. Depuis le commencement de mars 1908, elle souffre de nouvelles coliques avec ictère et frissons. Elle entre à la clinique le 18 août avec des signes de péritonite: douleurs abdominales, vomissements, météorisme, température élevée, pouls, 116.

Intervention le 9 avril. La cavité péritonéale renferme un pus fétide. Vésicule calculeuse remplie de pus. Perforation sur le cystique. Calculs du cholédoque et de l'hépatique. Drainage du cholédoque et de l'hépatique. Tamponnement. Fistule duodénale consécutive. Mort le 4 mai.

OBSERVATION LXV

MARTENS. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin, du 10 mai 1909,
in *Presse médicale*, 31 juillet 1909, p. 549.

Femme de 58 ans. Péritonite généralisée datant de trois jours. Enorme épanchement de bile due à une perforation du cystique gangrené par un volumineux calcul.

Extirpation de la vésicule calculeuse et du cystique ; drainage de l'hépatique, lavage du péritoine au sérum. Pneumonie au sixième jour. Mort au septième jour. A l'autopsie, petit foyer de pneumonie.

D'après Martens, cette femme opérée plus tôt aurait guéri.

OBSERVATION LXVI

RIEDEL. — Die Operationen der akuten Cholecystitis. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1908, t. I, obs. III.

Homme de 56 ans, souffrant depuis deux ans de coliques hépatiques.

Le 26 novembre, au soir, forte attaque ; vomissements, pas de fièvre. Dans la nuit du 28 au 29, douleurs dans le bas-ventre, pas de vomissements. Le soir, température, 38°2 et pouls à 100. Le ventre se ballonne.

Intervention immédiate. A l'ouverture du ventre, il s'écoule une bile sanguinolente, qui est répandue dans tout l'abdomen. Le petit bassin est plein de pus ; les anses couvertes d'exsudats. Sur la vésicule, il existe une grosse perforation. A côté et au-dessus du duodénum, on trouve une autre perforation qui s'étend jusque dans le parenchyme hépatique. Destruction de l'abouchement du cystique dans le cholédoque et grosse perte de substance du cholédoque. Extraction d'un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon. Drainage de l'hépatique. Lavage de l'abdomen ; drainage dans le Douglas. Mort cinq jours plus tard dans le coma.

OBSERVATION LXVII

ROUTIER. — Rupture spontanée des voies biliaires. *Soc. de Chir. de Paris*, 1909, p. 1311.

Femme, 56 ans, en état d'occlusion intestinale. Depuis dix ans, violents accès de coliques hépatiques ; depuis un mois, surtout, douleur constante dans la région du foie et

dans l'épaule droite. Le 11 avril, douleur brusque et vive avec vomissements, puis ictère.

A l'entrée, ventre tendu, plus dur, plus résistant dans toute la moitié droite, tuméfaction de la vésicule biliaire. Urines fortement bilieuses.

Le lendemain, l'état s'est aggravé : température, 38°8; pouls à 120. Ventre plus tendu, plus ballonné. Douleur à la pression sur la vésicule plus forte. Facies anxieux, langue sèche, occlusion absolue; laparotomie à travers le muscle droit avec issue immédiate d'un litre et demi environ de bile pure, verte, visqueuse, libre dans la cavité péritonéale; les anses intestinales sont libres, sans adhérences, baignant dans la bile; la vésicule grosse, tendue, est pleine de calculs.

Lavage abondant de la cavité péritonéale jusqu'à ce que l'eau ressorte claire; puis ouverture de la vésicule qui contient un liquide incolore limpide et 375 calculs. Après leur ablation, la bile coule par le col de la vésicule. La perforation siège donc entre celui-ci, obstrué, et l'ampoule de Vater; mais l'état précaire de la malade s'oppose à sa recherche. Drainage de la vésicule, tamponnement sous-hépatique, drainage de la cavité péritonéale. Guérison complète après cholécystectomie secondaire.

OBSERVATION LXVIII

NEUPART. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin,
du 14 février 1910.

L'auteur relate le cas d'une femme de 42 ans, qui fut prise en pleine santé d'une douleur subite, bientôt suivie de tous les signes d'une péritonite intense et d'ictère. Elle fut amenée à l'hôpital et opérée quatorze heures après le début des accidents. Mühsam trouve à l'ouverture du ventre une inondation biliaire. La vésicule est intacte. La perforation, pas plus grosse qu'une tête d'épingle, siègeait sur le cystique, au niveau de son embouchure, dans le cho-

lédoque. Ce dernier conduit a sa lumière complètement obstruée par un calcul en forme d'amande. Mühsam extirpe la vésicule et le cystique, incise le cholédoque, enlève le calcul et introduit de chaque côté un long drain jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Guérison sans incident.

CONCLUSIONS

I. — La perforation spontanée des voies biliaires dans le péritoine libre au cours de la lithiase est une complication relativement rare; car, le plus souvent, il y a production d'adhérences qui limitent l'infection.

II. — La perforation siège le plus souvent sur la vésicule, exceptionnellement sur les voies biliaires. Nous n'avons pu réunir que sept cas de perforation des canaux biliaires au cours de la lithiase, où l'on soit intervenu chirurgicalement.

III. — Elle relève de deux mécanismes différents :

a) De lésions ulcéreuses ou gangreneuses, qui créent une perte de substance.

b) De déchirure de la vésicule par augmentation de pression intra-vésiculaire.

IV. — La perforation une fois faite, on observe, suivant la virulence des germes, soit une péritonite généralisée, rapidement mortelle, soit un épanchement intra-abdominal d'une bile peu septique, cet épanchement pouvant être toléré plus ou moins longtemps.

V. — Les symptômes sont très variables, suivant les cas : très graves et à évolution rapide dans les formes hyperinfectieuses, ils se réduisent, dans les cas où la bile est peu septique, à une réaction péritonéale peu intense.

VI. — Le pronostic, très grave dans les formes gangreneuses, est moins sombre dans les variétés qui ressemblent au cholépéritoine.

VII. — Le diagnostic peut se poser dans deux conditions : ou le malade a un passé biliaire, et le diagnostic est très aisé. Ou c'est la première manifestation de la lithiase, et c'est alors le diagnostic de toutes les affections abdominales aiguës qui se pose.

VIII. — Le traitement sera uniquement chirurgical, et on interviendra le plus rapidement possible.

Dans les formes aiguës, on pratiquera une ectomie pour enlever le foyer d'infection.

Dans les formes plus torpides, on se contentera de drainer la vésicule ou les voies biliaires, ou même de tamponner simplement la région sous-hépatique.

Dans tous les cas, on traitera la péritonite concomitante par les procédés indiqués ces dernières années : aspirations, position de Fowler, méthode de Murphy.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

Le Président de la Thèse,

ROCHET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 mars 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BORLES. — Thèse, Lyon 1906. Des perforations de la vésicule calculeuse.
- BRICHU. — Thèse, Lyon, 1899. Des perforations spontanées de la vésicule biliaire.
- COURVOISIER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891, n° 32. Statistique sur la pathologie et la chirurgie des canaux biliaires.
- COTTE et ARNAUD. — *Revue de Chirurgie*, 1911. Traitement des perforations biliaires en plein péritoine, au cours de la lithiase.
- HALLET. — *Revue de gynécologie*, 1904. Les perforations spontanées de la vésicule biliaire calculeuse dans la cavité péritonéale libre.
- HERTIG. — *Beitrage zur klinischen Chirurgie*, t. LXVIII, 1910. Perforations et nécroses de la vésicule biliaire.
- KOERTE. — *Beitrage zur Chirurgie der gallenblase und der Leber*, Berlin, 1905.
- LANGENBUCH. — *Deutsche Chirurgie*, 1897.
- NECH. — Sur les cas opérés de perforation de la vésicule ouverte dans le péritoine libre, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, janvier 1904.
- NOETZEL. — Congrès de Chirurgie allemand, 1909.
- NAUNYN. — *Klinik der Cholekhiosis*, 1896.
- PRINCETEAU. — Congrès de Chirurgie, 1908.
- MAYO ROBSON. — Diseases of the Gall Bladder and Bile ducts.
- ROLLESTON. — Diseases of the Liver Gall Bladder and Bile ducts.
- RIEDEL. — L'opération précoce dans la cholécystite aiguë grave. *Deutsche Wochenschrift*, 1908, n° 22.
- ROUTIER. — Communication à la Société de chirurgie de Paris, 1909.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Étiologie.....	16
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.	18
CHAPITRE IV. — Mécanisme de la perforation. Pathogénie.....	24
CHAPITRE V. — Symptômes. Diagnostic. Pronostic.....	31
CHAPITRE VI. — Traitement.....	40
CHAPITRE VII. — OBSERVATIONS.....	47
1 ^o Perforation de la vésicule biliaire :	
a) Cholécystites gangreneuses.....	47
b) Cholécystites aiguës.....	50
2 ^o Perforations des voies biliaires.....	78
CONCLUSIONS	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85

